

LVR-Anreizprogramm
„Förderung von Verbundkooperationen“

Dokumentation
des
1. Interregionalen Arbeitstreffens
der Modellregionen
am
11.12.2008 in Köln

Herausgeber: Landschaftsverband Rheinland, Kennedy-Ufer 2, 50679,
Dezernat Gesundheit und Heilpädagogische Netzwerke
Amt für Planung und Förderung

Redaktion: Bernd Jäger, Gerda Schmieder

Köln, Februar 2009

Inhalt

Das LVR-Programm „Förderung von Verbundkooperationen Michael van Brederode	4
Zum Stand der Entwicklung Gemeindepsychiatrischer Verbände in der Bundesrepublik Deutschland Nils Greve	12
Netzwerkmanagement mit Qualitätsstandards Bernd Jäger	17
Verbundkooperation in der Modellregion Düsseldorf - Anmerkungen aus kommunaler Perspektive Andreas Speck	24
Verbundkooperation in der Modellregion Düsseldorf - Case Management Dr. Richard Zemlicka	30
Verbundkooperation in der Modellregion Kleve Katrin Geurts/Anne Wolffram	42
Verbundkooperation in der Modellregion Mönchengladbach Dr. Stephan Rinckens/Dieter Schax	46

Das LVR-Programm „Förderung von Verbundkooperationen“

Michael van Brederode

Das Anreizprogramm Förderung von Verbundkooperationen zielt auf die Vertiefung der Zusammenarbeit zwischen den LVR-Kliniken und den außerklinischen gemeindepsychiatrischen Hilfetägern.

Ziel des Programms ist die bessere Integration der LVR-Kliniken in den Gemeindepsychiatrischen Verbund. Das ist die erklärte Zielsetzung dieses Programms das vor zwei Jahren durch die politische Vertretung des Landschaftsverbandes Rheinland beschlossen worden ist.

Ich persönlich halte die Integration von Leistungen, die Kooperation und die Vernetzung im System der psychiatrischen Versorgung nach wie vor für eins der großen unzureichend gelösten Probleme der Psychiatriereform. Dass wir da stecken geblieben sind hat verschiedene Gründe.

Die hohe Komplexität unserer Hilfesysteme – hier eine schematische Darstellung der Systeme mit den Einrichtungstypen (Abb. 1). Hinter jedem Einrichtungstyp verbirgt sich je nach Region eine Vielzahl unterschiedlicher Träger, Einrichtungen und Dienste – wenn man das mal aufzeichnet für eine Standardregion von 200.000 Einwohnern, dann bedeutet das ein hohes Maß an Komplexität, eine große Zahl von handelnden Personen, oft auch eine gewisse Unübersichtlichkeit, die Abstimmungsprobleme verursachen können.



Abb. 1: Komplexität des psychiatrischen Hilfesystems

Es gibt noch andere Ursachen für die Schwierigkeiten, die uns hindern uns optimal zu vernetzen. Ein weiteres Ursachenbündel rankt sich um die Art und Weise wie Psychiatrie in Deutschland finanziert ist. Wir haben verschiedene Problemkomplexe, die wir identifizieren können. Ein Bündel betrifft die Ressourcenallokation im Gesamtsystem

der psychiatrischen Versorgung, also die Zuweisung von Mitteln in die unterschiedlichen Hilfeformen.

Wir haben eine erhebliche Varianz in der Ressourcenallokation zwischen stationärer und ambulanter Versorgung im SGB V-Bereich, die dann auch erhebliche Brüche im Versorgungsverlauf provoziert und wir haben auch in den übrigen Bereichen der psychiatrischen Versorgung Allokationsformen, die eine optimale an den Bedürfnissen orientierte Zuweisung der Mittel nicht immer fördert.

Nachfolgend eine Grafik (Abb. 2), die die typische Ressourcenallokation der psychiatrischen Behandlung noch einmal aufzeigt. Ich habe einmal grob schematisch kalkuliert, welche Personalressourceneinsätze möglich sind unter Zugrundelegung der jeweils in den verschiedenen Segmenten der Versorgung verfügbaren Geldbeträge.

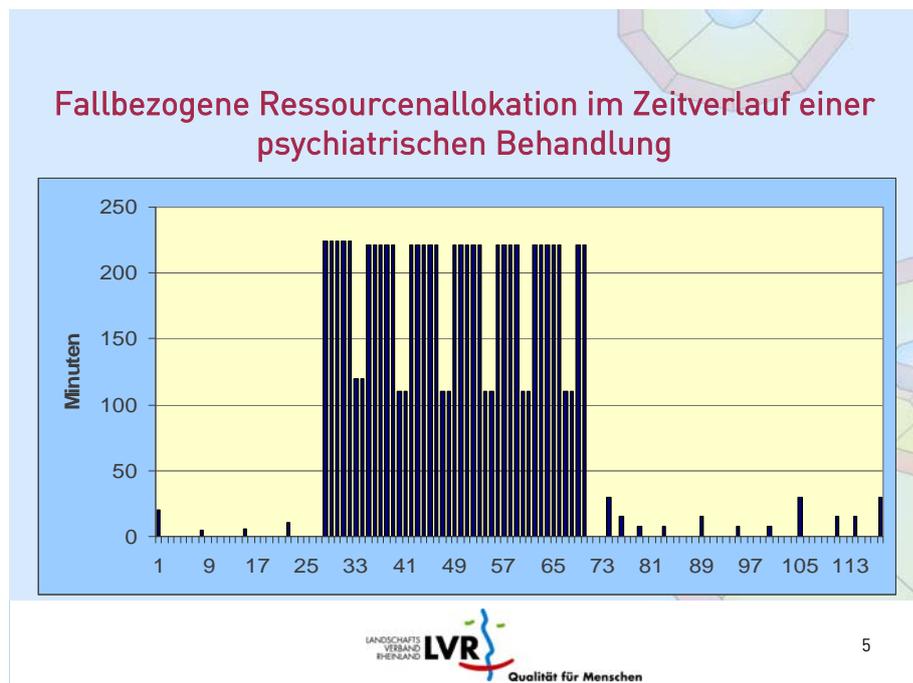


Abb. 2: Ressourcenallokation im Zeitverlauf

In der ersten Phase geht es um die Behandlung eines Patienten beim niedergelassenen Nervenarzt. Die niedergelassenen Ärzte beklagen sich seit einiger Zeit erheblich über die zunehmend schwierigen Finanzbedingungen ihres Handelns. Nach offiziellen Verlautbarungen stehen pro Patient und Quartal ca. 45 € zur Verfügung, mit Abweichungen nach oben und unten, das scheint ein realistischer Ansatz zu sein. Wenn das über den Zeitanatz verteilt wird, dann kommt man auf einige wenige Minuten, die Patienten in der Zeit zur Verfügung haben. Wenn dann ein stationärer Versorgungsbedarf sichtbar wird, weil das nicht reicht, schnellst das dann - auch bei den etwas problematischen Finanzierungsbedingungen die wir zur Zeit in der stationären und teilstationären Psychiatrie verzeichnen müssen in Relation zur ambulanten Versorgung ganz erheblich nach oben (große Säulen). Ich habe hier einmal die Personalminutenwerte der Psych-PV zu Grunde gelegt, wohl wissend, dass wir die zur Zeit in fast keinem Hause erreichen, weil wir hier finanziell über die Jahre hinweg ziemlich ausgezehrt worden sind.

Beim letzten Drittel habe ich die Weiterversorgung durch eine Institutsambulanz zu Grunde gelegt, die im Vergleich zu den niedergelassenen Ärzten finanziell schon besser

gestellt ist. Pro Quartal und Patient stehen hier den LVR-Kliniken Pauschalen zwischen 100 und 200 € zur Verfügung, die keine erhebliche Leistungsdichte mehr zulassen. Die an die Institutsambulanz herangetragenen Ansprüche Multidisziplinarität und Komplexbehandlung zu bieten, sind zu diesen Konditionen nur sehr schwer leistbar.

Eine Problemstellung, die uns auch mit Blick auf die Vernetzungsanforderungen in den Regionen immer wieder begrenzt und beschneidet in unseren Möglichkeiten, ist die knappe und unzureichende Finanzierung der Grundversorgung im Bereich der psychiatrischen medizinischen Behandlung im ambulanten Sektor.

Es gibt noch andere Probleme im Finanzierungsrecht. Insgesamt bietet das Finanzierungsrecht im SGB V und SGB XII unzureichende Vernetzungsanreize. Vernetzung und Kooperation kosten Zeit und Geld, die unzureichend kalkuliert und berücksichtigt sind. Es gibt Ansätze diesen Mangel zu überwinden. Ein wichtiges Beispiel aus der jüngeren Vergangenheit ist die Regelung der Integrierten Versorgung nach §140 SGBV. Für die Psychiatrie hat das bundesweit sehr wenig gebracht.

Es gibt einen kleinen Hoffnungsschimmer in dem Bereich. Wir sind zur Zeit mit dem Bundesverband der Techniker Krankenkasse (TK) in fortgeschrittenen Verhandlungen um die Vereinbarung eines sehr spannenden und weitgehenden Modells der Integrierten Versorgung, das als langfristige Finanzierungsalternative über das Jahr 2009 hinaus gedacht ist. Grob vereinfacht dargestellt geht es darum eine stärkere fallpauschalierte Finanzierung der psychiatrischen Versorgung zu gewährleisten, die dem Leistungsanbieter mehr Offenheit lässt, wie er seine Leistungen organisiert.

Erklärtes Ziel ist der Ersatz vollstationärer Versorgung durch andere vorwiegend ambulante Komplexbehandlungsangebote wie Home Treatment, Case Management, intensivierte Zusammenarbeit im ambulanten Bereich. Das Programm versucht die Finanzierungsmöglichkeiten und -bedingungen so umzustricken, dass dieses Ziel auch durch entsprechende Finanzierungsanreize erreicht wird. Philosophie des Programms ist auch, dass die Leistung in vernetzten gemeindepsychiatrischen Strukturen erbracht werden soll. Das korrespondiert gut mit dem Anreizprogramm „Förderung von Verbundkooperationen“.

Wir haben es in allen Bereichen zunehmend mit wettbewerbsbedingten Abschottungen der Leistungsanbieter gegeneinander zu tun. Man will mehr Markt im Gesundheits- und Sozialbereich, dazu gehört auch der Wettbewerb und zum Wettbewerb gehört auch, dass man sich möglicherweise entgegen der eigentlich gewünschten Intentionen ein Stück weit abschottet.

Unser gegliedertes Leistungsrecht hat darüber hinaus weitere systematische Brüche in den differenzierten Finanzierungszuständigkeiten, von denen ich denke, dass sie die Vernetzung zwischen SGB V-Bereich und dem gemeindepsychiatrischen Bereich behindern. Die schematische Darstellung (Abb. 3) versucht dies zu zeigen.

Das psychiatrische Krankenhaus, im SGB V-Bereich verortet, konzentriert sich auf das Segment der Behandlung, die zunehmend kürzer wird und in zunehmend kürzeren Einzelepisoden erfolgt.

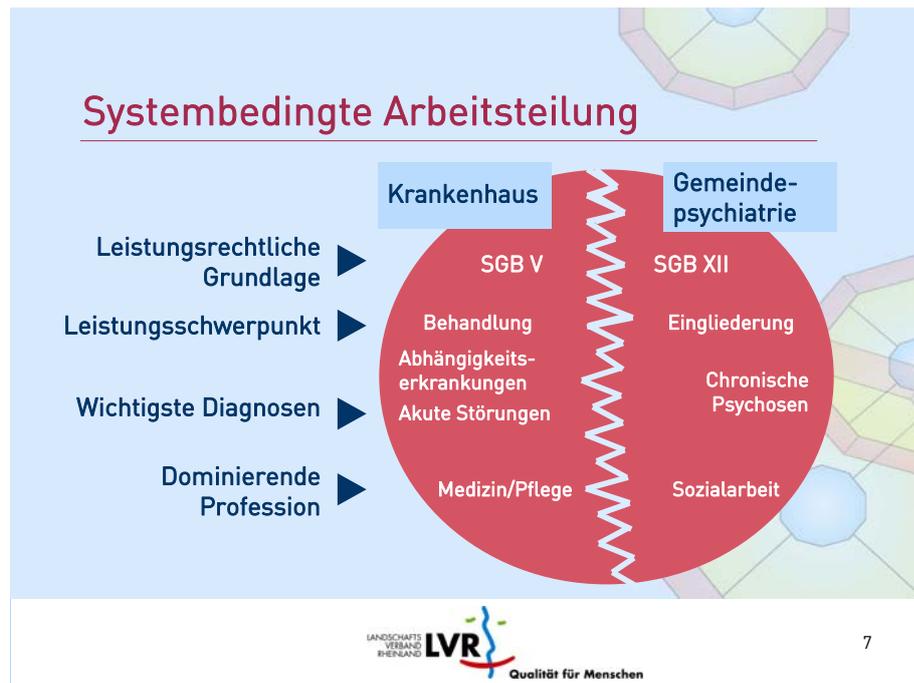


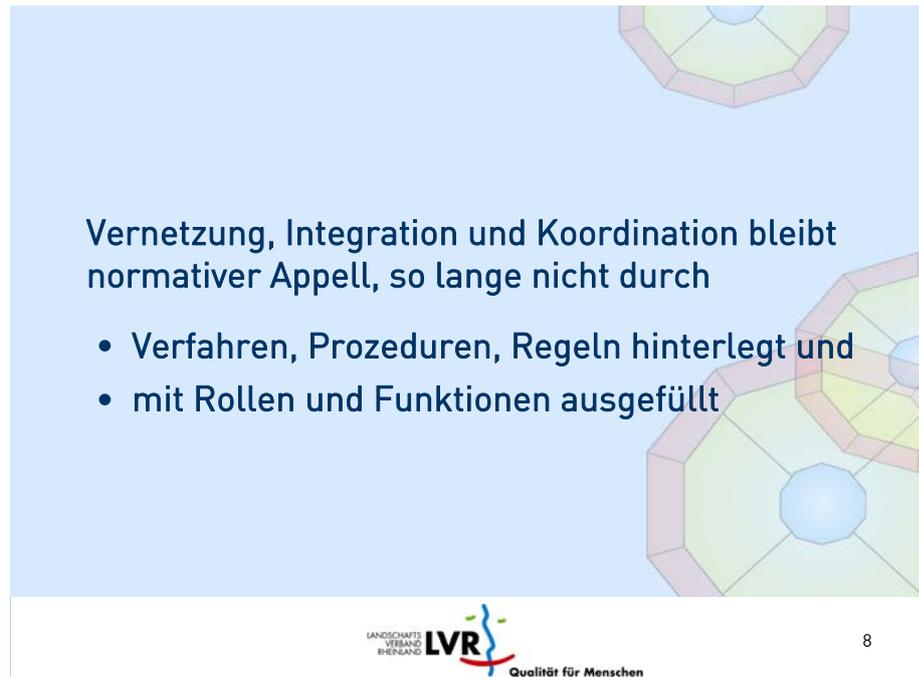
Abb. 3: Systembedingte Vernetzungsprobleme

Wir haben das Leistungsspektrum etwas verkürzt auf die erste Hauptdiagnose Abhängigkeitserkrankungen, auf Schizophrenie und die affektiven Störungen, Depression, die als Teilnutzergruppen in den Krankenhäusern in den letzten Jahren fast explosionsartig in die Höhe gegangen sind. Wir haben durch die zeitlichen Begrenzungen, durch die Budgetbegrenzungen die Konzentration auf die kurzen Phasen der akuten Störungen, wir haben eine Konzentration auftragsgemäß auf Medizin/Pflege. Wir haben daneben das Gemeindepsychiatrische System mit völlig anderen Leistungsbildern, ein eher Chroniker basiertes System, das sich auf die Eingliederung von Menschen richtet, die chronisch krank oder von Chronifizierung bedroht sind.

Wenn man die Entwicklung der letzten Jahre betrachtet, dann ist - so meine Hypothese - der in dieser in der Grafik aufgezeigte Spalt, der die Bereiche voneinander trennt, eher größer als kleiner geworden. Das hat zu tun mit der stärkeren Konzentration der Kliniken auf Akutphasen, es hat aber auch damit zu tun, dass in den Kliniken in den letzten Jahren verstärkt auch Patientengruppen sichtbar werden, von denen ich glaube, dass sie nur zu einem geringen Anteil parallel auch in der Gemeindepsychiatrie auftauchen: Patientinnen und Patienten mit affektiven Störungen. Ein Großteil von ihnen findet, wie ich glaube, in den gemeindepsychiatrischen Angeboten nicht den rechten Ort.

Ein drittes operatives Ursachenbündel dreht sich um die Frage wie optimale Kooperation und Vernetzung eigentlich aussieht. Was müssen wir tun, um sie sicherzustellen? Kooperation und Vernetzung bleiben als Appell folgenlos, solange sie nicht durch Regularien, Verfahren und Prozeduren hinterlegt und mit Rollen und Funktionen ausgefüllt sind.

Prozeduren und Verfahren heißt Entscheidungspunkte setzen, Festlegungen treffen, Vereinbarungen zur Informationsübermittlung treffen, Schnittstellenangebote schaffen, kultivieren und aufrecht erhalten und dass man Vereinbarungen zu Versorgungspfaden trifft, zu Festlegungen kommt, mit der Zielsetzung des gemeinsamen schonenden Ressourceneinsatzes (Abb. 4).



Vernetzung, Integration und Koordination bleibt normativer Appell, so lange nicht durch

- Verfahren, Prozeduren, Regeln hinterlegt und
- mit Rollen und Funktionen ausgefüllt

LANDESSCHAFT VERBAND RHEINLAND **LVR** Qualität für Menschen

8

Abb. 4: Vernetzungsanforderungen

Das Förderprogramm für Sozialpsychiatrische Zentren (SPZ) hat einen Anstoß gegeben zur Entwicklung gemeindepsychiatrischer Angebote, mit dem Konzept Netzwerkbezogenes Qualitätsmanagement - NBQM, haben wir vor einigen Jahren ein strukturiertes Verfahren entwickelt, das die Vernetzung vor Ort unterstützen soll. Wir haben einen Handlungskatalog entwickelt und mittlerweile modellhaft erprobt, der vor Ort Vernetzungsprobleme identifizieren und -lösungen entwickeln hilft (Abb. 5).



Vernetzungsanreize des LVR

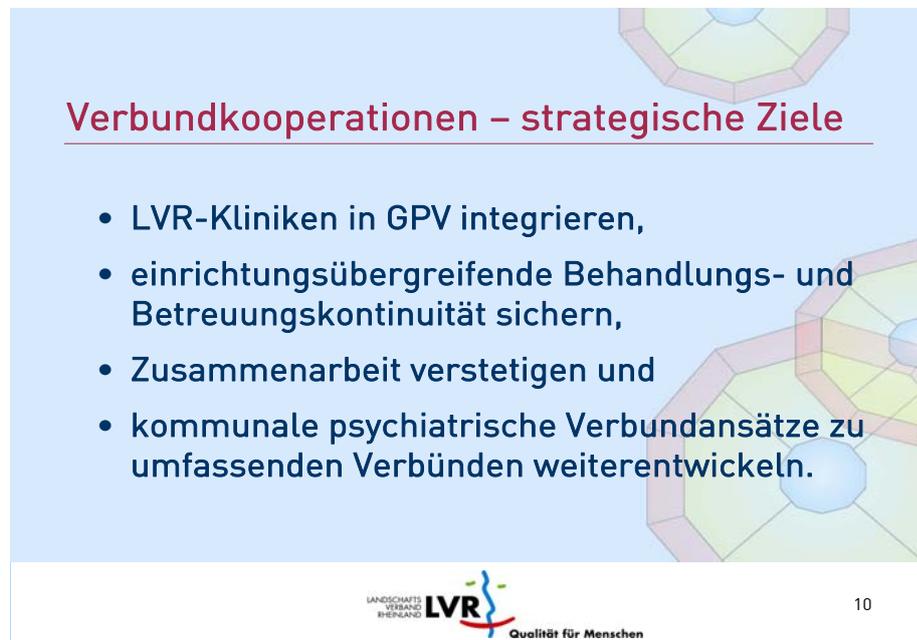
- SPZ-Förderprogramm seit 1986
- Landesmodellprojekt „Netzwerkbezogenes Qualitätsmanagement“ – 2006 bis 2008
- Anreizprogramm „Förderung von Verbundkooperationen“ seit 2008

LANDESSCHAFT VERBAND RHEINLAND **LVR** Qualität für Menschen

9

Abb. 5: Vernetzungsanreize des LVR

Seit 2008 läuft nun das Programm „Förderung von Verbundkooperationen“. Ziel des Programms ist, die Kliniken stärker in den gemeindepsychiatrischen Verbund zu integrieren (Abb. 6). Das Programm soll Anreiz geben vor Ort systematisch nachzudenken, was kann besser gemacht werden, wo kann Weiterentwicklung stattfinden (Abb. 7).



Verbundkooperationen – strategische Ziele

- LVR-Kliniken in GPV integrieren,
- einrichtungsübergreifende Behandlungs- und Betreuungskontinuität sichern,
- Zusammenarbeit verstetigen und
- kommunale psychiatrische Verbundansätze zu umfassenden Verbänden weiterentwickeln.

LANDSCHAFTS
VERBAND
RHEINLAND **LVR**
Qualität für Menschen

10

Abb. 6: Strategische Ziele des Anreizprogrammes



Verbundkooperationen - operative Ziele

- Übergreifende Patientenpfade entwickeln
- Casemanagement verbessern
- Leistungen gemeinsam erbringen
- Information und Kommunikation verbessern
- Bewältigungskräfte der PatientInnen stärken
- Wirtschaftlichen Ressourceneinsatz fördern

LANDSCHAFTS
VERBAND
RHEINLAND **LVR**
Qualität für Menschen

11

Abb. 7: Ausgewählte operative Ziele des Anreizprogrammes

Die Finanzierung der psychiatrischen Krankenhausversorgung ab 2013 wird wahrscheinlich nicht das DRG-Verfahren sein, sondern vielleicht eines, das die hier diskutierten Aspekte berücksichtigt, um die starre Versorgungssystematik stationär, teilstationär, ambulant zu überwinden und die integrierte Versorgung von Krankenseite verbessert zu finanzieren.

6 Modellregionen (z. Zt.):

Region	Projektlaufzeit
Bonn	01.09.2008 – 30.08.2010
Düsseldorf	01.01.2008 – 31.12.2009
Kleve	01.01.2008 – 31.12.2009
Köln-Mülheim	01.09.2008 – 31.07.2010
Mönchengladbach	01.01.2008 – 31.12.2009
Solingen	01.06.2008 – 31.05.2010



13

Abb. 8: Modellregionen (Stand Dezember 2008)

Zum Stand der Entwicklung Gemeindepsychiatrischer Verbände in der Bundesrepublik Deutschland

Nils Greve

Ich möchte Ihnen einiges sagen zu den folgenden Punkten:

- 1 Zur Entwicklung des Begriffes Gemeindepsychiatrischer Verbund (GPV)
- 2 Der Einfluss des Konzeptes der Personenzentrierten Hilfeplanung auf die Veränderung der Wahrnehmung von Verbundkooperation
- 3 Die Qualitätskriterien der Bundesarbeitsgemeinschaft: Was ist ein GPV, was zeichnet ihn aus? Welche Qualität lässt sich durch Verbundkooperation verwirklichen?
- 4 Die Bundesarbeitsgemeinschaft GPV (BAG GPV)
- 5 Kritische Anmerkungen

1. Zur Entwicklung des Begriffes Gemeindepsychiatrischer Verbund

Herr van Brederode hat in seinem Beitrag auf das 1986 verabschiedete Förderprogramm für SPZ im Rheinland hingewiesen. Das war nach meiner Kenntnis die erste Konkretisierung einer alten sozialpsychiatrischen Vorstellung, dass nämlich Hilfen für psychisch Kranke, die in ihren Teilhabemöglichkeiten eingeschränkt sind, komplex und integriert zu sein haben. Die Psychiatrie-Enquête hatte 1975 noch von der therapeutischen Kette gesprochen, durch die man „durchgereicht“ wird und anhand derer die erforderlichen Hilfen jeweils organisiert sind. Das hat sich nicht bewährt, weil es immer mit Beziehungsabbrüchen für Klientinnen und Klienten verbunden ist. Daraus kam dann die Vorstellung man müsste eine Verbundstruktur schaffen.

Im Kern war das SPZ, wie Ihnen bekannt ist, zusammengesetzt aus aufsuchenden ambulanten Diensten, Einrichtungen mit Kontaktstellenfunktion und Tagesstätten sowie begleitenden Hilfen im Arbeitsleben, unter einem gemeinsamen Dach, wodurch das Weiterreichen entlang der gedachten Kette vermieden werden sollte, um vor allem auch die traditionelle Kerngruppe damals zunächst einmal der chronischen Psychotiker zu erreichen, die mit einem Wandern durch Ketten überfordert sind.

Die Expertenkommission der Bundesregierung hat das Konzept unter dem Namen Gemeindepsychiatrischer Verbund 1988 übernommen und beide Begrifflichkeiten SPZ hier im Rheinland und GPV in der damaligen Modellvorstellung haben gemeinsam die Vorstellung einer möglichst einheitlichen und verbindlichen Trägerstruktur der Leistungserbringer, im Idealfall sogar eines einzigen Trägers der alle erforderlichen Hilfen im Einzelfall aus einer Hand erbringt, aus einem Guss. In den ursprünglichen Vorstellungen der Expertenkommission ist noch die Rede davon, dass Gemeindepsychiatrische Verbände einen gemeinsamen Vorstand haben, da war auf der organisatorischen Ebene die Verbindlichkeit noch höher angesiedelt, als wir das heute verstehen. Viele SPZ im Rheinland sind nach diesem Modell entstanden. Die zweitbeste Lösung ist die enge Kooperation, die Vernetzung mehrerer Träger. Auch auf diesem Wege kann eine Annäherung heterogener Hilfskonzepte erreicht werden und die Mitarbeiter der beteiligten Einrichtungen können im Einzelfall so eng zusammenarbeiten, dass Wechsel der Hilfeform für Klientinnen und Klienten nicht mit Beziehungsabbrüchen einher gehen müssen. Insofern ist im Rheinland die ursprüngliche Konzeption des Gemeindepsychiatrischen

Verbundes auf den ersten Blick flächendeckend verwirklicht. In allen Regionen existieren SPZ, die entweder zumindest das Kernangebot gemeindepsychiatrischer Hilfen als einzelner Träger vorhalten und/oder Koordinierungsfunktion in ihrer Region übernehmen.

In Deutschland überall ist unter dem Namen Gemeindepsychiatrischer Verbund eine höchst heterogene Situation entstanden. Zum Teil unter Einfluss von Kostenträgern, von Selbsthilfevereinen, von politischen Entscheidungsträgern, von niedergelassenen Ärzten, also diese Überschrift gemeindepsychiatrischer Verbund, die damals in die Welt gesetzt wurde hat zu sehr unterschiedlichen Konstruktionen geführt, mit unterschiedlicher Verbindlichkeit und Zusammensetzung.

Hier im Rheinland sind wir dann später mal gewahr geworden, dass das was bei uns das SPZ ist nicht das Gleiche ist wie der Gemeindepsychiatrische Verbund, trotz der gemeinsamen konzeptionellen Wurzeln, was man auch sehr schön an der Entwicklung der Förderprogramme sehen kann.

2. Der Einfluss des Konzeptes der Personenzentrierten Hilfeplanung auf die Veränderung der Wahrnehmung von Verbundkooperation

Auf den ersten Blick haben wir diese Konzeption verwirklicht. Die Kommission zur Personalbemessung im komplementären Bereich, die 1987 das Konzept der personenzentrierten Hilfeplanung in die Diskussion eingebracht hat, hat uns durch genaueres Hinschauen allerdings eines anderen belehrt.

Die Idee ist ja, im Idealfall erhält jeder Hilfesuchende passgenau die Hilfen, die im Einzelfall geboten sind. An sich natürlich keine neue Vorstellung. Eigentlich haben wir das ja immer schon tun wollen, mit Behandlung, Rehabilitation und lebensweltbezogener Unterstützung. Bei näherem Hinsehen wird man der Kommission in ihrer Kritik an der bisherigen Praxis aber wohl recht geben müssen. Helfende Einrichtungen neigen dazu sich den passenden Klienten für die von ihnen vorgehaltenen Hilfen zu suchen und nicht umgekehrt ihre Angebote in jedem Fall auf den Hilfesuchenden zuzuschneiden. Die Kommission forderte die Überwindung dieser Institutionenzentrierung der Hilfen und hat sich damit dem Grunde nach überraschend schnell bundesweit durchgesetzt, zumindest im Bereich der Eingliederungshilfe und bundesweit werden jetzt integriert die Hilfeplanungen mit jedem einzelnen Klienten erarbeitet. Die Ausgangsfrage ist stets, was benötigt dieser Mensch an Hilfen und erst an zweiter Stelle steht dann die Frage, welche vorhandenen Angebote müssen in welcher Form zusammenwirken, damit dieser individuelle Hilfebedarf auch gedeckt wird.

Es versteht sich von selbst, dass ein personenzentriertes Vorgehen eine enge Kooperation aller Einrichtungen und Dienste erfordert, im Grunde strukturell den Gemeindepsychiatrischen Verbund in jeder Region. Aber die Zusammenarbeit im Verbund erhält durch das Konzept der Personenzentrierung eine neue zusätzliche Qualität. Die Hilfen müssen jetzt nicht nur strukturell vernetzt sein, sondern auch inhaltlich aufeinander abgestimmt werden. Sie müssen aus der Sicht des Klienten zueinander passen.

Wenn Herr van Brederode Recht hat und der gezackte Graben eher breiter geworden ist (van Brederode, Folie 7), dann müssen wir den erst recht überwinden, das ist die Anforderung dieser Konzeption.

Ohnehin ist mir bewusst, dass meine Darstellung ein wenig idealtypisch ist. Da ich selbst Leiter eines SPZ-Trägers bin, habe ich die wirtschaftlichen Erfordernisse zu berücksichtigen. Und da spielen dann die mangelnden Anreize zur Verbundkooperation in

der Praxis eine große Rolle. Außerdem hat unser Verein wie alle hier vertretenen Einrichtungen ein Rahmenkonzept bzw. eine eigene Unternehmenskultur. Beides, ökonomische Bedingungen ebenso wie das Eigenleben der Institution begrenzen die Anpassungsfähigkeit oder die Anpassungsbereitschaft in jedem Einzelfall. Die Rede ist damit allenfalls von Annäherung an das Ideal der Personenzentrierung. Es geht um die Frage, was wir tun können, um den Hilfebedarf und den subjektiven Hilfebedürfnissen unserer Klienten und ihrer Angehörigen so individuell wie möglich gerecht zu werden.

3. Die Qualitätskriterien der Bundesarbeitsgemeinschaft: Was ist ein GPV, was zeichnet ihn aus? Welche Qualität lässt sich durch Verbundkooperation verwirklichen?

Die AKTION PSYCHISCH KRANKE hat mit ihrer Initiative zur Gründung der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepyschiatrischer Verbünde eine Antwort auf diese Frage versucht. Was ich Ihnen im Folgenden darstellen will, sind die Kriterien nach denen die Bundesarbeitsgemeinschaft über Aufnahmeanträge entscheidet. Sie geben also die Vorstellungen der BAG gut wieder wie die Leistungserbringer einer Region die Qualität eines Hilfeverbundes in diesem Sinne erreichen können.

Ich gebe die jetzt im Einzelnen wieder, was einen Gemeindepyschiatrischen Verbund im Kern ausmachen könnte. Die Abkürzung GPLV soll heißen Gemeindepyschiatrischer Leistungserbringerverbund. Die AKTION PSYCHISCH KRANKE ist davon ausgegangen, dass die verbundförmige personenzentrierte Qualität von Hilfen im Kern von den Leistungserbringern einer Region zu gewährleisten sein werden. Die Integration unterschiedlicher Hilfen in einer Region kann primär die Gesamtheit der Leistungserbringer schaffen.

Die erste Anforderung ist darum: Es handelt sich um ein verbindlicher Zusammenschluss der wesentlichen Leistungserbringer einer definierten Versorgungsregion. Dazu gehören ausdrücklich auch die jeweiligen Versorgungskliniken, also nicht nur die traditionellen sogenannten komplementären Leistungserbringer. Zweitens: Die Kommune ist im Rahmen ihrer Pflichtaufgabe zur Daseinsvorsorge im GPLV vertreten. Die Kommune ist in der Regel aber dreifach vertreten. Als Leistungserbringer – Sozialpsychiatrischer Dienst im Besonderen –, als Kostenträger – örtlicher Sozialhilfeträger –, und als politisch verantwortliche Institution.

Der Verbund dient mindestens folgenden Zwecken: Der Sicherstellung von bedarfsge-rechter Behandlung und Hilfe im Einzelfall, der Sicherstellung der Koordination sozialpsychiatrischer und anderer erforderlicher Leistungen im Einzelfall, der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung und der Beteiligung an der regionalen Steuerung durch verbindlichen und kontinuierlichen Austausch mit den jeweiligen vorhandenen Institutionen in der Region.

Ein Kooperationsvertrag oder eine beschlossene Grundsatzerklärung regelt die Kooperation. Früher gab es die Vorstellung, dass sich alle Kooperationspartner in eine rechtsfähige Persönlichkeit, eine Holding oder ähnliches, zusammenschließen müssten. Es gibt kaum Regionen, die das getan haben. In der Bundesarbeitsgemeinschaft sind alle Mitgliedsregionen durch Kooperationsverträge oder Grundsatzklärungen vertreten. In Solingen haben wir uns z.B. bei der Gründung der Hilfeplankonferenz auf Grundsätze geeinigt, was die Konferenz tut und wie die beteiligten Leistungserbringer zusammenarbeiten, das war gleichzeitig der Kern unseres Aufnahmeantrages in die BAG GPV.

Die Mitglieder verpflichten sich, die im Einzelfall erforderlichen Leistungen im Bedarfsfall als Komplexleistung zu erbringen. Das ist definiert: Voraussetzung hierfür ist die

intensive fachliche Kooperation aller Leistungserbringer. Die Mitglieder verpflichten sich außerdem zur gemeinsamen kontinuierlichen Überprüfung der regionalen Versorgungssituation. Das soll das alte Ideal der Pflichtversorgung sicherstellen – in der gemeindepsychiatrischen Variante: In einer Region soll es alle erforderlichen Hilfen für psychisch Kranke geben, so dass niemand wegen eines besonderen Hilfebedarfes oder wegen der Schwere der Störung oder der Art der Störung auf Angebote außerhalb der Region verwiesen werden muss. Das gemeindepsychiatrische Verständnis von Pflichtversorgung ist für viele Regionen vielleicht eine Nummer zu groß, aber um das sicher zu stellen bedarf es einer regelmäßigen Überprüfung, was gibt es und was fehlt bei uns. Davon hatte Herr van Brederode ja als einer Zielsetzung des jetzigen Förderprogramms gesprochen.

Die Mitglieder legen sich auf eine Reihe von Qualitätsstandards fest: Beachtung des Rechts auf Selbstbestimmung psychisch kranker Menschen, personenzentrierte Hilfen grundsätzlich im Versorgungsgebiet zu erbringen sind, konsequente Orientierung am individuellen Bedarf, Vorrang nichtpsychiatrischer Hilfen – das finde ich eine wichtige aber in der Realität aber wahrscheinlich eher selten verwirklichte Forderung. Zusammenarbeit mit Angehörigen, sonstigen Bezugspersonen und Selbsthilfegruppen, Fortbildung, Supervision und Qualifizierung, Beachtung des Datenschutzes und des Rechtes auf informationelle Selbstbestimmung.

Die Mitglieder verpflichten sich zur einzelfallbezogenen Kooperation. D.h.: Gründung und Teilnahme an der regionalen Hilfeplankonferenz, gemeinsame individuelle Hilfeplanung, einvernehmliche Einigung über die Umsetzung der Hilfeleistungen, koordinierende Bezugsperson mit einrichtungsübergreifender Zuständigkeit und Bereitschaft zur Teilnahme an einzelfallbezogenen Besprechungen bei Bedarf.

Die Mitglieder beteiligen sich am regionalen Qualitätsmanagement auf der Grundlage der erwähnten Qualitätsstandards, mit einem gemeinsamen Beschwerdemanagement, gemeinsamen Initiativen zur Qualitätsoptimierung, Mitwirkung an der regionalen Gesundheitsberichterstattung und Beteiligung von Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen psychisch erkrankter Menschen.

Das Recht auf Mitgliedschaft besteht für jeden Leistungserbringer. Das ist für die Gemeindepsychiatrischen Institutionen insofern von neuer Aktualität als wir eine Vielzahl von neuen Leistungserbringern, wenigstens im Bereich der Hilfen zum Wohnen hinzubekommen haben. Die Vorstellung ist: Jeder der Leistungserbringer kann und wenn er ein wesentlicher Anbieter ist, sollte er auch dem GPV beitreten.

Der Gemeindepsychiatrische Leistungserbringerverbund muss seine Vertretung in der Region und in der BAG verbindlich geregelt haben. Die meisten BAG-Mitglieder haben das so geregelt, dass sie einen Sprecher haben, der sie in der BAG vertritt.

Eine weitere Anforderung ist der kontinuierliche Austausch mit Selbsthilfeorganisationen und die Beteiligung an regionalen Steuerungsgremien. Das kann die PSAG sein, der Psychiatriebeirat oder die Gesundheitskonferenz.

Wenn Sie das jetzt noch mal so im Zusammenhang auf sich wirken lassen, dann entsteht eine bestimmte Vorstellung, was ein GPV leisten müsste, wie er konzipiert sein müsste, welchen Idealen er nachzustreben hätte, um diese Vorstellung einer konsequenten personenzentrierten Hilfeplanung, Hilfeerbringung und Hilfeleistung verwirklichen zu können. Das ist deutlich mehr als das Zusammensitzen in irgendwelchen unverbindlichen Gremien. Insofern entspricht die Zielsetzung der BAG mit diesen Qualitätsstandards durchaus dem Förderprogramm, über das wir heute reden, das ja auch deutlich mehr als unverbindliches Zusammensitzen sein soll.

4. Die Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände – BAG GPV

Die BAG GPV hat sich im März 2006 nach mehrjährigen Geburtswehen gegründet. Ihr gehören derzeit 18 Mitgliedsregionen an, die sich auf die genannten Standards geeinigt haben (Abb. 1). Die Mitgliedsregionen besuchen sich gegenseitig, um gemeinsam an der Verwirklichung der Qualitätsstandards zu arbeiten. Das ist durchaus etwas anderes als die PsychKG-Kommissionen in den Kliniken, so müssen sie sich das nicht vorstellen. Es ist mehr eine Beratung, was man tun kann, um weiter zu kommen.

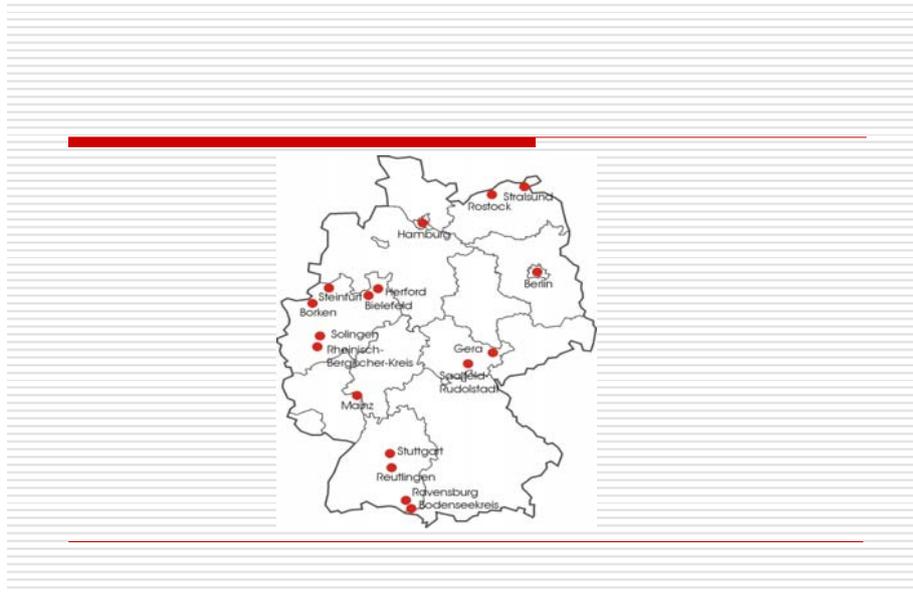


Abb. 1: Mitgliedsregionen der BAG

Aus Nordrhein-Westfalen kommen sieben Mitglieder der BAG, davon drei aus dem rheinischen Landesteil: Solingen, der Rheinisch-Bergische Kreis, Kreis Mettmann.

Sie sehen, es gibt noch viele weiße Flecken. Das hat zu tun mit den hohen Aufnahmekriterien der BAG. Wenn sie sich angeregt fühlen, in ihren Regionen über eine Mitgliedschaft nachzudenken, dann lassen sie sich nicht abschrecken.

Die BAG beteiligt sich außer ihrem Besuchsdienst auch mit Stellungnahmen zur Weiterentwicklung der Verbundarbeit an der politischen Diskussion: Z.B. zur Bedeutung von Hilfeplankonferenzen und koordinierenden Bezugspersonen oder zur Umsetzung des persönlichen Budgets. Es ist kein Zufall, dass das Rheinland im Vergleich zu anderen Regionen kräftig vertreten ist. Der Landschaftsverband hat mit seinen frühen SPZ-Förderrichtlinien wichtige Voraussetzungen für die Ideen einer Landschaft und für die Strukturen geschaffen und genau das hat uns letztlich heute zusammengeführt.

5. Kritische Anmerkungen

Einige kritische Bemerkungen: Individuelle Hilfeplanung und die regionalen Hilfeplankonferenzen beschränken sich gegenwärtig weitgehend auf Eingliederungshilfe, auf sozialhilfefinanzierte Angebote, allenfalls auf Hilfen im Arbeitsleben. Wir waren ja auch konsequent dem SGB XII zugeordnet. Ich sehe im Augenblick nicht, dass die Gesamtheit aller Hilfen für psychisch Kranke überhaupt mit dem vorhandenen Instrumentarium, also dem IHP abgebildet werden können. Ich sehe noch nicht, dass Behandlung oder Psychotherapie durch einen IHP geplant werden. Da ist sicher noch viel zu tun, da sind

wir noch sehr weit weg. Man muss bedenken, die Urform – der integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan IBRP beinhaltet eben auch Behandlung und Rehabilitation, aber weder Behandlung noch Rehabilitation werden mit diesem Instrumentarium geplant. Da haben wir noch einiges vor uns. Die derzeitigen Hilfeplankonferenzen, die derzeitigen Hilfeplanungen sind allenfalls ein Kern oder Ausgangspunkt. Inwieweit sich außerdem die erwähnten Bezugspersonen das Etikett therapeutische Bezugsperson verdient haben, das dürfte im Einzelfall sehr unterschiedlich sein. Zunächst einmal handelt es sich bei ihrer Tätigkeit um ein sehr formales Case Management, das eher strukturell Hilfen verknüpft und dessen Wirksamkeit wie man weiß sehr begrenzt bleibt. Dazu trägt allerdings auch die Finanzierung der meisten Hilfen bei, die eine therapeutische Beziehungsgestaltung nicht explizit finanzieren, das tut weder die stationäre Akutbehandlung noch das Betreute Wohnen. Für die therapeutische Beziehungsgestaltung wird Zeit benötigt, dafür ist keine Finanzierung vorgesehen.

Insgesamt werden wir aufpassen müssen, dass die ganze gemeindepsychiatrische Verbundentwicklung nicht zu einer Alibiveranstaltung verkümmert. Ich hoffe, dass dieses Förderprogramm dazu einen Beitrag leistet.

Netzwerkmanagement mit Qualitätsstandards

Bernd Jäger

In seinem einleitenden Vortrag hat Herr van Brederode hingewiesen auf die Vielzahl struktureller Probleme, die die kommunale psychiatrische Versorgung in einer Verbundkooperation oder in Netzwerken erschweren. An dieser Stelle sei auf ein weiteres hingewiesen: Die marktwirtschaftliche Ausrichtung im Gesundheitswesen und damit die Wirkung von Marktmechanismen auch in der psychiatrischen Versorgung hat zur Konsequenz, dass mit der Vermehrung von Leistungserbringern mit durchaus fragiler Organisationskapazität und damit häufig kurzer Lebensdauer auch eine vernetzungshindernde Intransparenz des Hilfesystems verbunden ist (Abb. 1).

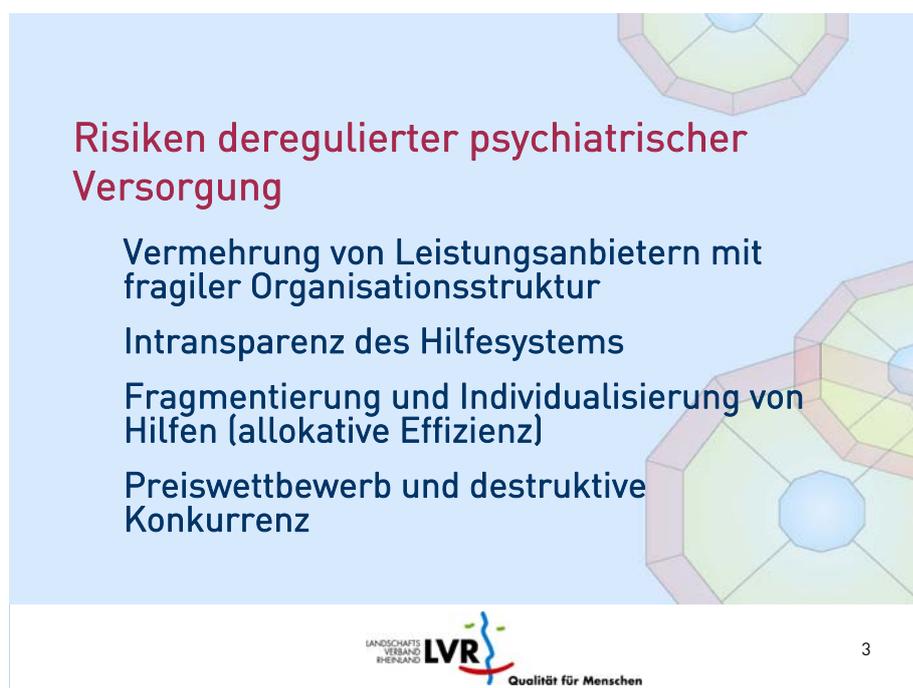


Abb. 1: Vernetzungshemmnisse deregulierter psychiatrischer Versorgung

Wenn das Eindringen von Markt und Wettbewerb in den Gesundheits- und Sozialbereich irreversibel ist, dann kommt es darauf an, der Deregulierung Zügel anzulegen. Dies ist ein weiteres substantielles Argument für Verbundorganisation. Verbundorganisation ist ein Ausdruck des wohlverstandenen Eigeninteresses der beteiligten Leistungserbringer, heute mehr denn je, sich zu schützen vor der Verdrängung aus dem Markt und ihre Klientinnen und Klienten vor dem Verlust substantieller Hilfeangebote. Deregulierte psychiatrische Versorgung gefährdet die Realisierung eines personenzentrierten Ansatzes mit der Fragmentierung und Individualisierung von Hilfen.

Prof. Regus hat in einem Beitrag zur Zukunft der Gemeindepsychiatrie auf das Problem der „allokativen Effizienz“ hingewiesen¹: Anbieter können aus wirtschaftlichen Erwägungen geneigt sein, mit den vorhandenen Kompetenzen und Ressourcen auf gut er-

¹ Michael Regus: Gegenwartsprobleme, Zukunftsherausforderungen und Modelle psychiatrischer Antworten; Vortrag auf dem Workshop „Gemeindenah ist auch vorbei?“ von ZPE und DPWW am 21.02.2006; http://www.uni-siegen.de/zpe/veranstaltungen/fruehere/dpwwtagung/vortrag_regus_gegenwartsprobleme.pdf

reich- und versorgbare Zielgruppen zu konzentrieren und regionale Versorgungssicherung zu unterlaufen und außer Kraft zu setzen.

Wettbewerb mündet in dieser Form in eine destruktive Konkurrenz. Das Ziel aller Gestaltungsüberlegungen psychiatrischer Versorgung kann aber nicht die Schaffung eines Haifischbeckens sein. Es kommt aus meiner Sicht vielmehr darauf an der marktwirtschaftlichen Verengung der Erbringung psychiatrischer Hilfen entgegen zu wirken und ihr eine produktive kooperative Konkurrenz gegenüber zu stellen, die die Existenz der konkurrierenden Partner grundsätzlich nicht in Frage stellt (Abb. 2).

Marktregulation von unten

- Kommunale Versorgungsverantwortung
- Personenbezogene Hilfeerbringung
- Weiterentwicklung der kommunalen Hilfeprozesse und -strukturen
- kooperative Konkurrenz der Leistungserbringer

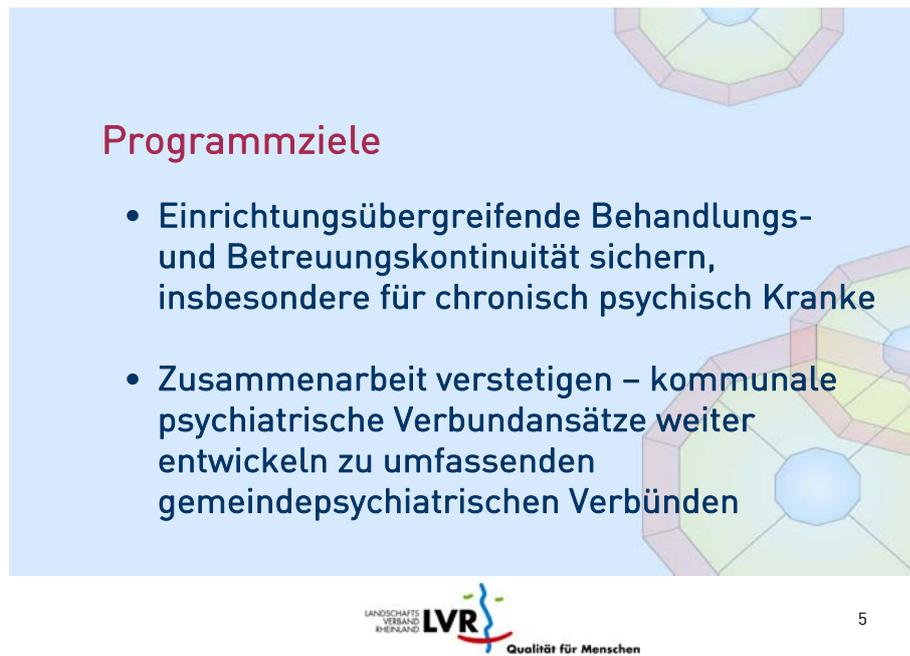
LANDSCHAFTS
VERBAND
RHEINLAND
LVR
Qualität für Menschen

4

Abb. 2.: Marktregulation von unten

Wenn also kommunale Versorgungsverantwortung wahrgenommen werden soll, wenn personenbezogene Hilfeerbringung gewährleistet und der Fragmentierung und Individualisierung von Hilfen und einer ruinösen Preisgestaltung für Leistungen nicht freier Lauf gelassen werden soll, wenn das kommunale Hilfesystem keinem Haifischbecken gleichen und auch die Weiterentwicklung der kommunalen Hilfeprozesse stattfinden soll, dann führt kein Weg an der Kooperation der Hilfeerbringer im Netzwerk, im Verbund vorbei.

Ich möchte an dieser Stelle daher noch einmal auf die aus meiner Sicht zentrale und ambitionierte Aussage des Anreizprogrammes hinweisen (Abb. 3): Es geht um die Sicherung der Behandlungskontinuität. Die Zusammenarbeit zwischen LVR-Kliniken und gemeindepsychiatrischem Hilfesystem soll verstetigt und zu umfassenden kommunalen Verbänden weiterentwickelt werden. Begreifen sie dies als Auftrag des Anreizprogrammes.



Programmziele

- **Einrichtungsübergreifende Behandlungs- und Betreuungskontinuität sichern, insbesondere für chronisch psychisch Kranke**
- **Zusammenarbeit verstetigen – kommunale psychiatrische Verbundansätze weiter entwickeln zu umfassenden gemeindepsychiatrischen Verbänden**

LANDSCHAFTS VERBAND RHEINLAND **LVR** Qualität für Menschen 5

Abb. 3: Ziele des Anreizprogramms „Förderung von Verbundkooperationen“

Herr Greve hat die Qualitätsstandards der BAG dargestellt, die ich hier noch einmal kurz verdichten möchte (Abb. 4): Wenn es um die verbundförmige Organisation von Hilfen geht, dann stehen vier zentrale Aspekte zur Bearbeitung an. Eine Vereinbarung, ein Vertrag muss die Grundlage der Zusammenarbeit bilden und diese regeln, insbesondere die zentralen Fragen der Leistungsintegration, des gemeinsamen Qualitätsmanagements und der gemeinsamen Steuerung, auf die ich nun näher eingehen möchte.



Hilfen im Verbund organisieren

- **Vertragliche Kooperation**
- **Leistungsintegration (Komplexleistung)**
- **gemeinsames Qualitätsmanagement**
- **gemeinsame Steuerung**

LANDSCHAFTS VERBAND RHEINLAND **LVR** Qualität für Menschen 6

Abb. 4: Hilfen im Verbund

Wenn von Steuerung im kommunalen Hilfesystem gesprochen wird, dann muss man mittlerweile auch über NBQM reden. NBQM ist ein Managementkonzept, ein Steue-

rungskonzept. Wir sehen uns mit diesem Konzept in der Diskussion sehr gut aufgestellt. Wenn es um verbundförmige Lösungen für Kooperationen geht, dann stellt sich die Frage wie kommt man zu gemeinsamen Zielen, wie kommt man zu gemeinsamem Handeln, wie wird das operationalisiert (Abb. 5).



Abb. 5: Das NBQM-Steuerungskonzept

Das fußt auf dem Grundsatz, dass Netzwerkmanagement eine Führungsaufgabe ist, - ich denke, das ist außer Frage - und dass die oben genannten Aspekte gebündelt und koordiniert wahrgenommen werden müssen, um dieses Kooperationsfeld so zusammenzuführen, dass die Verbundwirkungen personenzentriert zum Tragen kommen.

NBQM ist das konzeptionelle Unterfangen eine Kooperation so einzufassen, dass die Partner gemeinsame Ziele dauerhaft verfolgen, ihr Handeln auf eine allseits akzeptierte Arbeitsgrundlage und verbindliche Routinen stellen und dabei essentielle Kriterien der Kooperation beachten.

Ich komme noch einmal zurück zu der Grafik des komplexen Kooperationsfeldes (van Brederode, Abb. 1). Die Qualitätsaspekte, die Herr Greve benannt hat und die auch im Kriterienkatalog enthalten sind, decken sowohl das abgebildete Spektrum ab, als auch das nicht sichtbare gesellschaftliche Umfeld ab, der mehr oder weniger wohlwollenden gesellschaftlichen Umgebung, der weiteren Partner, die nicht unmittelbar an der Verbundkooperation beteiligt sind und hier nicht aufgeführt sind, die aber alle in den weiteren Zusammenhang des Verbundes gehören. Das Eine ist personenzentrierte Hilfeplanung und Hilferealisierung zu erreichen, das Zweite ist die Weiterentwicklung der Hilfen und des Hilfeangebotes und das Dritte ist die Sicherung des Hilfesystems, Lobbyarbeit zu betreiben, dass Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen und das kommunale psychiatrische Hilfesystem im lokalen gesellschaftlichen Umfeld möglichst positiv wahrgenommen werden. Das sind die zentralen Kriterien in denen sich das Steuerungsmodell NBQM bewegt.

Der Verbund sollte gemeinsame Ziele formulieren (Abb. 6). Er sollte ergebnisorientiert vorgehen, um auch über die Wirksamkeit seiner Arbeit Rechenschaft ablegen zu können, er solle klientInnen- und interessenorientiert arbeiten. Prozesse müssen gema-

nagt werden. Dazu gehört, dass Ressourcenüberschneidung vermieden wird. Dazu gehört Informationsmanagement.



Abb. 6: Zentrale NBQM-Kriterien

Die drei Elemente des Netzwerkmanagements sind: die organisatorische Basis, der Katalog von Anforderungen und Maßnahmen – wie er für die kommunale psychiatrische Versorgung ebenso vorliegt wie für die kommunale Suchtkrankenhilfe – und ein Arbeitsprogramm (Abb. 7).

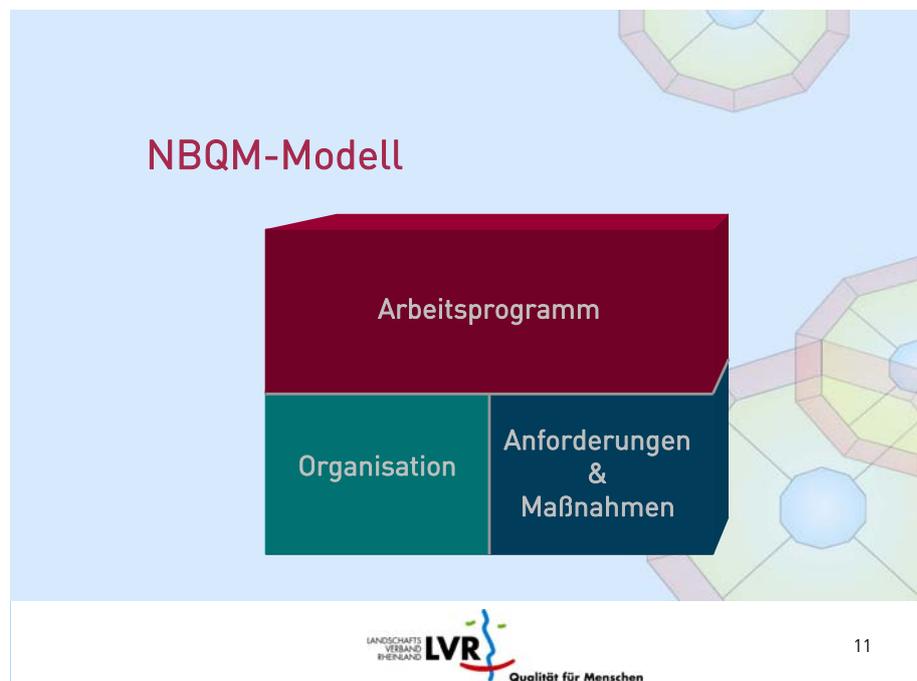


Abb. 7: Der NBQM-Würfel

Dazu gehört eine Lenkungsgruppe, eine von den Partnern legitimierte Steuerungsgruppe, die Entscheidungen für den Verbund treffen kann, ohne die Trägerautonomie in Frage zu stellen. Es gehört ein Katalog dazu mit Anforderungen und Maßnahmen, die die Steuerung strukturieren und die Richtung der gemeinsamen Art vorgeben, als Empfehlungen, Vorgaben und Prüf- und Kontrollanweisungen. Und es gehört dazu ein Arbeitsprogramm von stetig und zyklisch zu absolvierenden Arbeitsschritten, das verhindert, dass aus einem ambitionierten Start in die Vernetzung eine frustrierende Bauchlandung wird (Abb. 8-10).

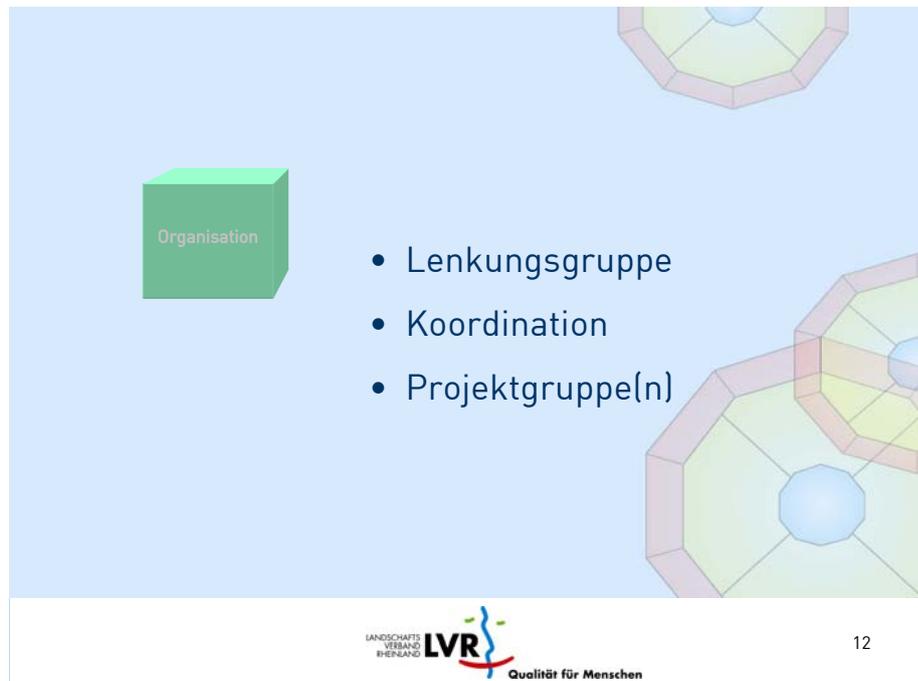


Abb. 8: NBQM-Würfel: Organisation

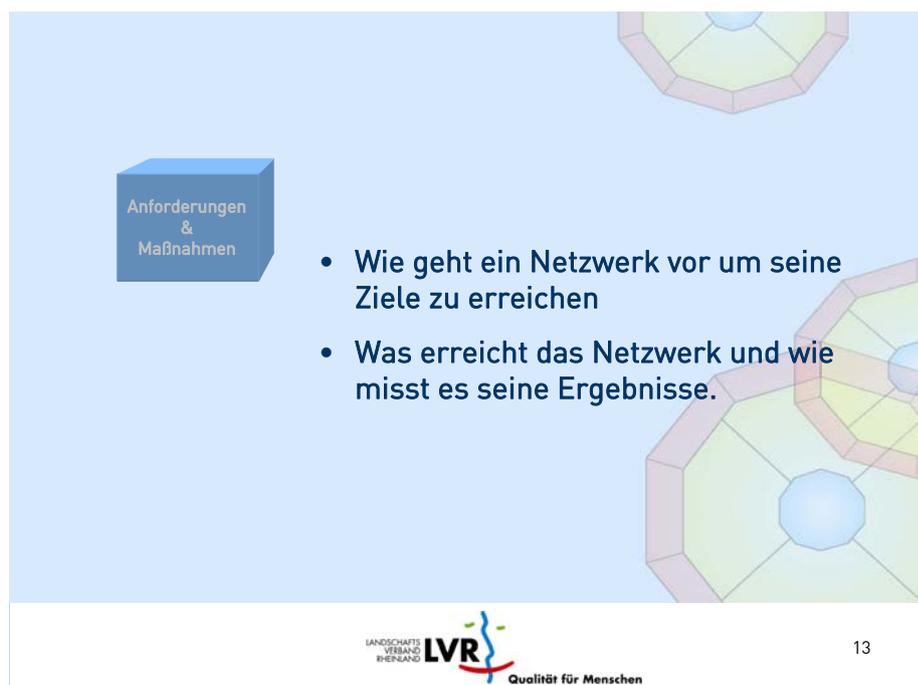


Abb. 9: NBQM-Würfel: Anforderungen und Maßnahmen



Abb. 10: NBQM-Würfel: Programm

Wenn mit dem Verbund die Steuerung von wiederkehrenden Prozessen nicht verbunden ist und zwar durch die Qualitätskriterien hindurch, die sozusagen den qualitativen Anker darstellen; wenn dies nicht mit Routinen untersetzt wird, dann wage ich die Behauptung, dass man früher oder später mit dem Vernetzungsvorhaben schlicht strandet.

Ich komme nun noch einmal kurz zu den drei Aspekten die das Steuerungskonzept ausmachen. Aus den oben genannten Gründen sollte eine Lenkungsgruppe eingerichtet werden aus der Führungsebene der beteiligten Einrichtungen und Dienste. Die Koordination kann unterschiedlich organisiert sein: Das kann im Rotationsverfahren in der Lenkungsgruppe angesiedelt sein, das kann personell untersetzt sein. Es gehören sicher auch Projektgruppen dazu, die die Entscheidungen der Steuerungsgruppe in Umsetzungsprojekte übersetzen und durchführen.

Meines Erachtens ist entscheidend, dass die Programmschritte absolviert werden: Eine Bestandsaufnahme durchzuführen, wie sind wir aufgestellt, wo stehen wir, welche Stärken und Schwächen haben wir. Wo müssen wir uns vorrangig verbessern. In den Bereichen, in denen Verbesserungen notwendig wären, auch Maßnahmen zu planen, durchzuführen und wiederum zu evaluieren.

Der graue Kreis (Abb. 10) markiert, worauf es ankommt. Das vernetzte Hilfesystem oder die Verbundkooperation kann nur erfolgreich sein, wenn es die vorhandenen Instrumente und Routinen zyklisch und dauerhaft einsetzt. Es muss nicht jedes Jahr eine Selbstbewertung durchgeführt werden. Wenn man aber eine durchgeführt hat und eine Anzahl von bearbeitbaren Themen auf der Agenda hat, dann muss man dabei bleiben und sie unter Berücksichtigung der vorhandenen Ressourcen im Lauf der Jahre abarbeiten. Die Kooperation muss strukturell verankert sein, die Prozeduren müssen festgelegt sein und sie sollten eingehalten werden.

Verbundkooperation in der Modellregion Düsseldorf - Anmerkungen aus kommunaler Perspektive

Andreas Speck



Ziele:

- **Systematische Bestandsaufnahme** des psychiatrischen Versorgungssystems in der Landeshauptstadt Düsseldorf
- **Analyse** der Inanspruchnahme der Versorgungsleistungen
- Ableitung von **Handlungsempfehlungen** für die Fortschreibung des kommunalen Hilfesystems



Einrichtung einer Lenkungsgruppe psychiatrische Versorgung mit der Anbindung an die Düsseldorfer Gesundheitskonferenz



Arbeitsweise der Lenkungsgruppe psychiatrischer Versorgung

Priorisierung und Präzisierung der Empfehlungen des
Psychiatrieberichtes

Initiierung von konkreten Maßnahmen

Erfassung von Ressourcen

Einberufung von projektbezogenen Unterarbeitsgruppen

Monitoring, Evaluation und Berichterstattung an
Gesundheitskonferenz, PSAG und Interessierte



Priorisiertes Arbeitsthema der Lenkungsgruppe psychiatrische Versorgung

Wie lassen sich die Hilfeleistungen speziell bezogen auf chronisch kranke Patientengruppen in Düsseldorf bzw. in einem ausgewählten Sektor organisationsübergreifend besser aufeinander abstimmen, um Kontinuität zu sichern und/oder unnötige Doppel- und Mehrfachleistungen zu vermeiden?



Beispielhafte Instrumente zur Verbesserung der lokalen Vernetzung und Kooperation

- Etablierung eines Casemanagements...
- Integrierte Versorgung.....
- Gemeindeorientierte Verbünde....
- Netzwerkorientiertes Qualitätsmanagement!





Projektantrag beim Landschaftsverband Rheinland (LVR)

Antrag auf:

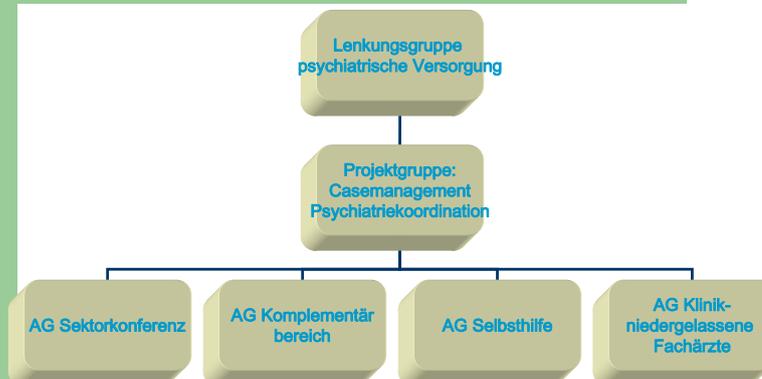
Implementierung eines Casemanagements in
Verbindung mit der Erprobung eines
Netzwerkorientierten Qualitätsmanagements
(NBQM) in einem bestimmten Düsseldorfer
Sektor

Bewilligung des Projektes durch den LVR

Laufzeit: Zwei Jahre (11/07-11/09)



Projektstruktur: Förderung der Verbundkooperation





Beispiel: Teilkriterium - Die patientenbezogenen Prozesse werden systematisch gestaltet und gemanagt

Ansatzpunkte:

Aktivitäten und Prozesse, die das frühzeitige und angemessene Erreichen der Patienten fördern und sicherstellen, finden statt.

Aktivitäten und Prozesse zur Weitergabe von krankenbezogenen Informationen bei Vermittlung zwischen den Hilfesündern.

Aktivitäten und Prozesse zur institutionalisierten Überleitung von Klienten zwischen den Hilfesündern



Beispiel: Teilkriterium - Die patientenbezogenen Prozesse werden systematisch gestaltet und gemanagt

Ansatzpunkte:

Regelungen und Absprachen zur Ressourcen schonenden Angebotsoptimierung:

Aktivitäten und Prozesse zur Optimierung der übergreifenden Versorgungsstruktur auf der Grundlage der Klientenbedürfnisse



Kriterium 5: Prozesse Wie innerhalb des Netzwerkes Prozesse der Koordination, Kooperation und Kommunikation mit dem Ziel einer bedarfsgerechten Hilfestellung gestaltet, gemanagt und verbessert werden.			
Teilkriterium 5a: Die unmittelbar patientenbezogenen Prozesse werden systematisch gestaltet und gemanagt			
Ansatzpunkte • Aktivitäten und Prozesse, die das frühzeitige und angemessene Erreichen der Patienten fördern und sicherstellen, finden statt. • z. B. durch niedrigschwellige Angebote • gezielte Ansprache im Rahmen von Kampagnen und Kontakten zu anderen Arbeitsbereichen	ja/bedingt/ nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Stärken	
• Aktivitäten und Prozesse, die die Transparenz der Hilfen bei psychisch Kranken und deren Angehörigen fördern, finden statt.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Verbesserungspotentiale:	
• Regelungen und Absprachen zur Sicherstellung von Sofortmaßnahmen und überlebenssichernden Hilfen wie Regelungen zum Not- und Nachtdienst, Krisenintervention etc.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Nachweis:			
Vorgehen	Umsetzung	Bewertung u. Überprüfung	Gesamtergebnis



Ergebnisse der ersten Selbstbewertungen

Patientenbezogene Prozesse:

- *Entwicklung eines sektororientierten Wegweisers für Patienten*
- *Versendung von Informationsmaterial über Düsseldorfer Angebote an allgemeinmedizinische Praxen im Sektor*
- *Informationsveranstaltungen und Schulungen für andere Arbeitsbereiche (ARGE, Wohnungslosigkeit)*
- *Ortsnahe Versorgung durch Institutsambulanzen*
- *Niedrigschwellige Sprechstunden durch Casemanager in sozialpsychiatrischen und anderen Einrichtungen (SPZ/Wohnungslosigkeit)*
- *Entwicklung eines klientenbezogenen Einschätzungsbogens aus dem sozialpsychiatrischen Arbeitsfeld für Klinikärzte*



Ergebnisse der ersten Selbstbewertungen

Prozesse der einrichtungsübergreifenden Kooperation, Koordination und Kommunikation werden gestaltet und gemanagt.

- *Verbesserung des EDV gestützten Informationsaustausches zwischen niedergelassenen Ärzten und Kliniken*
- *Regelmäßiger fallbezogener Austausch bei chronisch kranken Patienten (und Psych-KG Patienten) zwischen SpD und Klinik*
- *Einrichtungsübergreifende Treffs und Kontaktangebote am Wochenende und in den Abendzeiten beim BeWo/SPZ*
- *Entwicklung von Qualitätsstandards im BeWo und Beschwerdestelle für Wiedereingliederung (§53)*
- *Optimierung der Entlassprozedur in Klinik (insbesondere in Bezug auf Nachsorge)*

Verbundkooperation in der Modellregion Düsseldorf - Casemanagement

Dr. Richard Zemlicka

Sie sehen auf dieser Grafik (Abb. 1) das Versorgungsgebiet der LVR-Klinik Düsseldorf, das aufgeteilt ist in drei Sektoren - farblich gekennzeichnet. Das resultiert zum einen daraus, dass eine höhere Behandlungskontinuität erreicht werden soll wie auch eine bessere Zusammenarbeit der einzelnen Anbieter in Düsseldorf.

Wir haben uns vorgenommen unser Projekt in einem Sektor durchzuführen und zwar im Sektor Mitte-West, weil es überschaubarer ist als in allen drei Sektoren gleichzeitig.

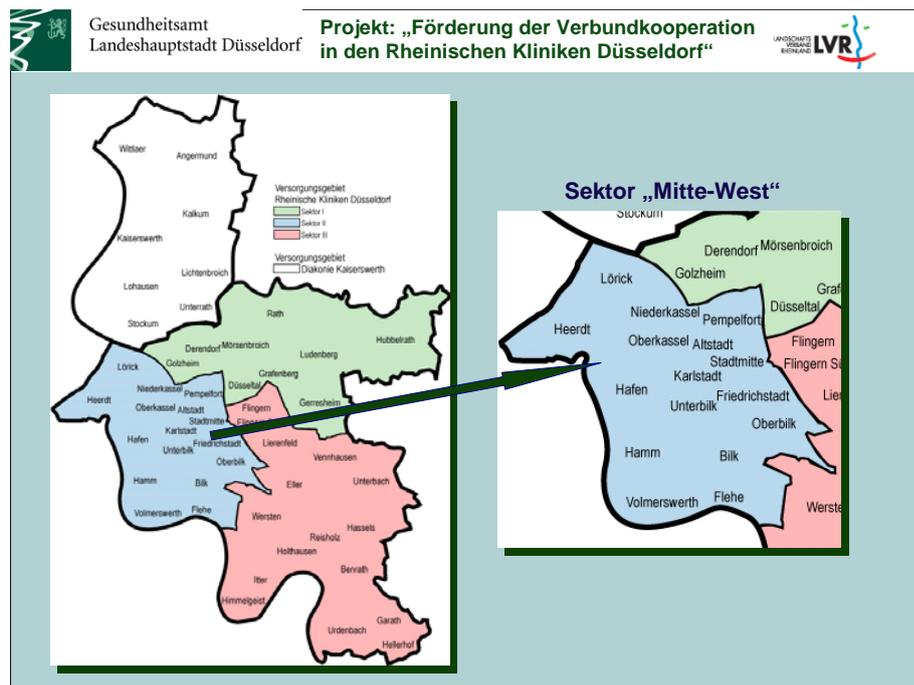


Abb. 1: Versorgungsgebiet der LVR-Klinik Düsseldorf und Sektor „Mitte-West“

Wir haben uns folgende Teilziele für unser Projekt gewählt. Zum Einen die Gewährleistung eines lückenlosen aufeinander abgestimmten Hilfeangebotes, zum Zweiten die Vermeidung von unproduktiven Überschneidungen der Angebote und drittens die Sicherung der Behandlungskontinuität.

Wir orientieren unser Vorgehen an dem Konzept des Case Managements, das in den 1970er Jahren in den Vereinigten Staaten entwickelt wurde und von dem auch zunehmend postuliert wird, dass es ein adäquates Instrument sei, beispielsweise um Rehospitalisierungen zu verringern. Die hier vorgestellte Definition (Abb. 2) beschreibt das Case Management als ein spezifisches Verfahren zur koordinierten Bearbeitung komplexer Fragestellungen im Sozial-, Gesundheits- und Versicherungsbereich. Hierbei wird in einem systematisch geführten kooperativen Prozess eine auf den individuellen Bedarf abgestimmte Dienstleistung erbracht bzw. unterstützt, um gemeinsam vereinbarte Ziele und Wirkungen mit hoher Qualität effizient zu erreichen. Weiter noch: Es respektiert die Autonomie der Klientinnen und Klienten, nutzt und schont Ressourcen im Klienten- und im Unterstützungssystem.

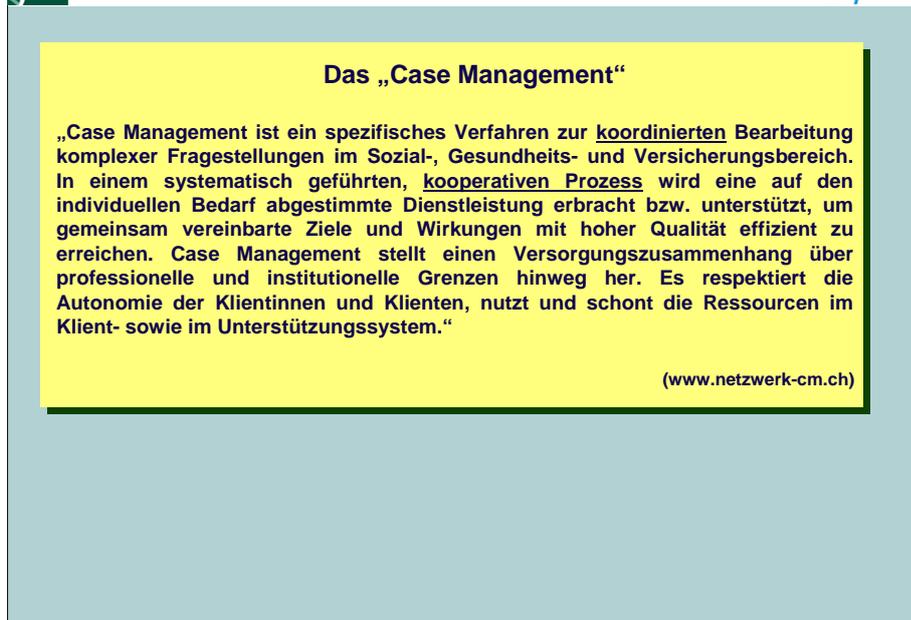


Abb. 2: Case Management

Daraus lässt sich ableiten, dass das Case Management praktisch in und mit zwei sich selbst koordinierenden Systemen arbeitet (Abb. 3). Auf der einen Seite das institutionelle und administrative System, also das eigentliche Sozialmanagement als Lenkung und Leitung einer zweckmäßigen Zusammenarbeit von Institutionen und Personengruppen, die sich der Erfüllung sozialer Aufgaben widmen und auf der anderen Seite der Klient, das individuelle System als Selbstmanagement, also die Kompetenz das eigene Leben unter vernünftigem Einsatz verfügbarer Mittel und Möglichkeiten so zu gestalten, dass es nach subjektiven und objektiven Maßstäben auch gelingt.

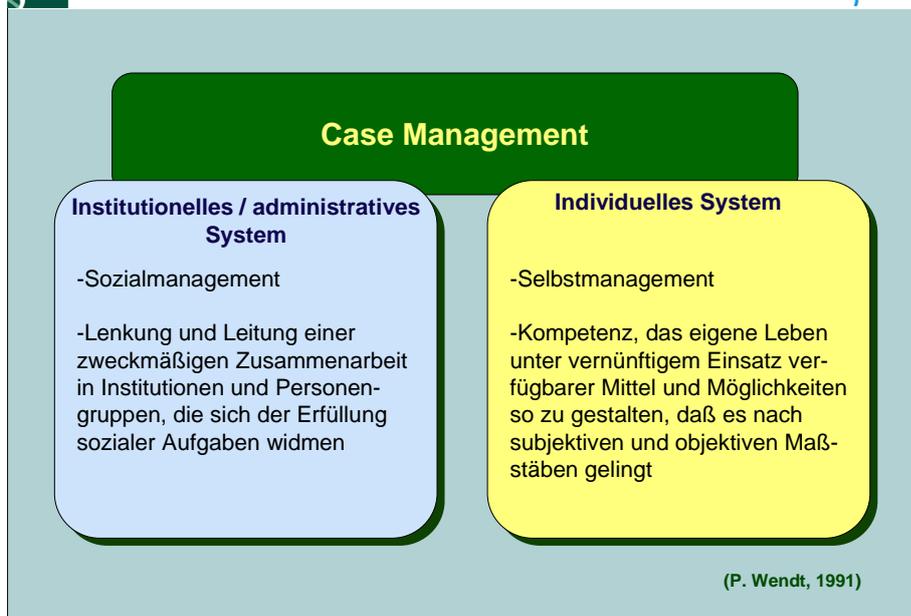


Abb. 3: Die selbstkoordinierenden Systeme des Case Managements I

Diese beiden Systeme finden sich dann auch in unserer praktischen Arbeit auf zwei unterschiedlichen Ebenen wieder. Zum Einen auf der Betriebsebene, auf der anderen Seite auf der Klientenebene (Abb. 4).

Wichtig zu erwähnen ist die offene Sprechstunde, die unsererseits im Sozialpsychiatrischen Zentrum und des weiteren auch im Haus Weißenburg angeboten wird. Haus Weißenburg ist eine Einrichtung für Wohnungslose mit recht gutem Erfolg insbesondere betreffend Patienten, die bislang noch keinen Kontakt zum psychiatrischen System hatten, dessen aber bedürfen und dadurch mit ins System eingebunden werden konnten.

Wie sieht es auf der Klientenebene aus? Wir haben im August 2008 damit begonnen Patienten zu rekrutieren. Prinzipiell ist die Rekrutierung von allen hier genannten Stellen auch möglich, wichtig aber waren für uns bislang die niedergelassenen Ärzte, selbstverständlich auch die LVR-Klinik, wie auch das Haus Weißenburg und das SPZ.

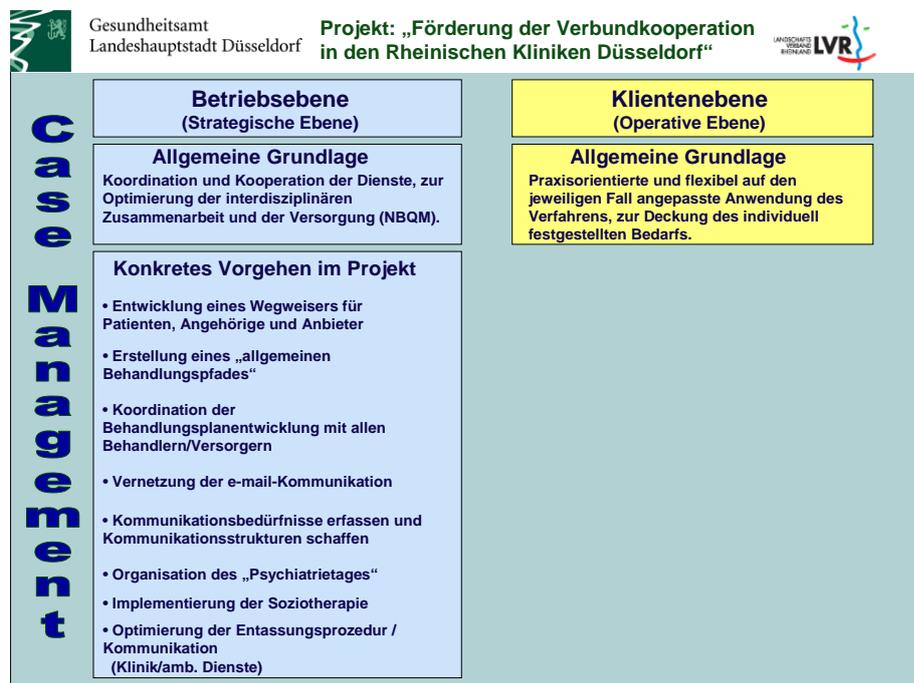


Abb. 4: Die selbstkoordinierenden Systeme des Case Managements II

Wir haben bislang 179 Patienten gescreent, davon 34 Patienten rekrutiert, 16 wurden eingeschlossen, 18 ausgeschlossen (Abb. 5). Sie sehen hier die Ausschlusskriterien: Alkohol- und Drogenkrankheiten, die im Vordergrund standen, weil wir uns darauf geeinigt hatten chronisch psychische Erkrankungen, also Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis, einzuschließen. In Klammern gesetzt sind wiederholte stationäre Aufnahmen. Das ist spannend für die Patienten aus der LVR-Klinik. Wir wollten die Drehtürpatienten, die „high utilizer“ berücksichtigen. Die Patienten sind zwischen 18 und 65 Jahre alt, verfügen über einen festen Wohnsitz und sind einwilligungsfähig.

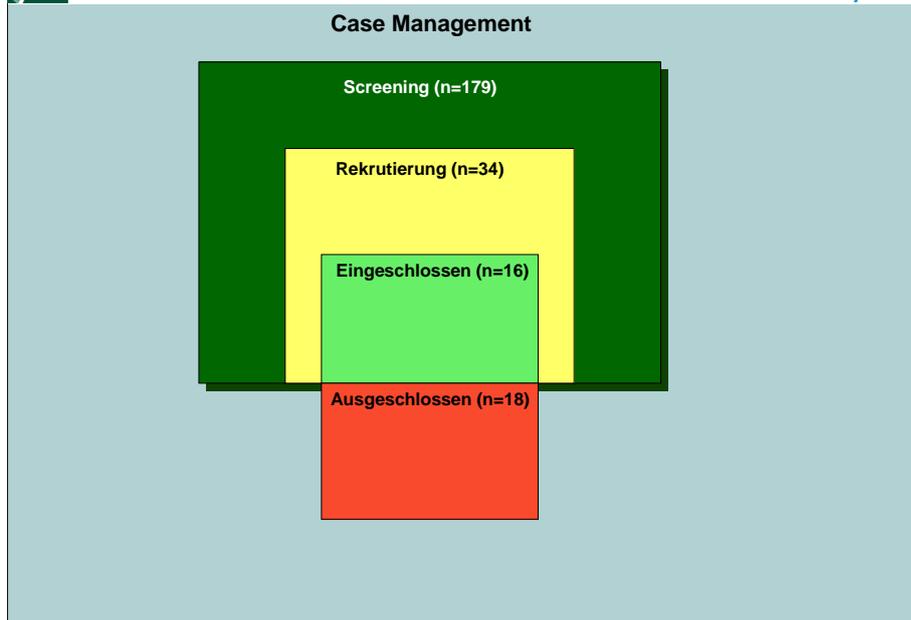


Abb. 5: Case Management auf der Klientenebene

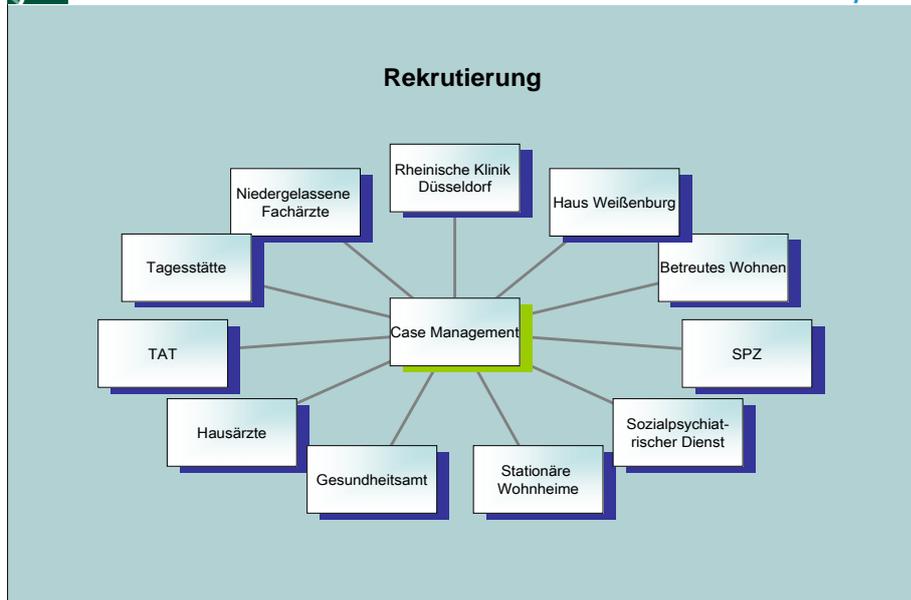


Abb. 6: Rekrutierung von Klientinnen und Klienten für das Case Management I

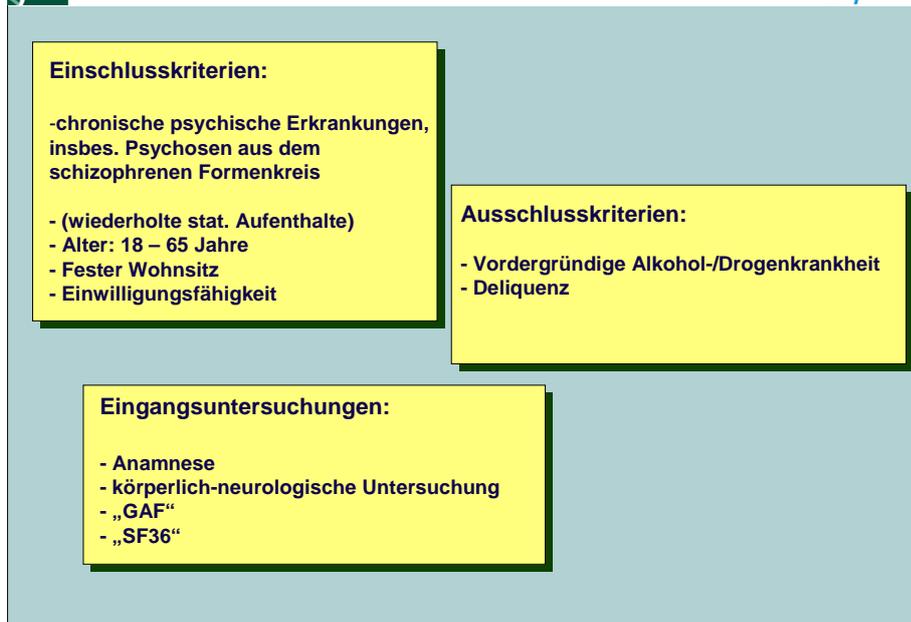


Abb. 7: Rekrutierung von Klientinnen und Klienten für das Case Management II

Die Eingangsuntersuchungen sehen sie in der Grafik oben (Abb. 7). Es wird eine ausführliche Anamnese durchgeführt, eine körperlich neurologische Untersuchung, sofern diese noch nicht im Krankenhaus erfolgt ist. Es folgt das Global Assessment of Function (GAF) und der SF 36, eine Befragung des Patienten nach dem allgemeinen Gesundheitszustand.

Das eigentliche Projekt richtet sich nach dem Prinzip des Case Managements, wobei wir hier nach dem 5-Phasenmodell von Moxley arbeiten (Abb. 8), das weiterhin aktuell ist. Und zwar das Assessment, also die Einschätzung, die Planung, das Monitoring und die Evaluation.

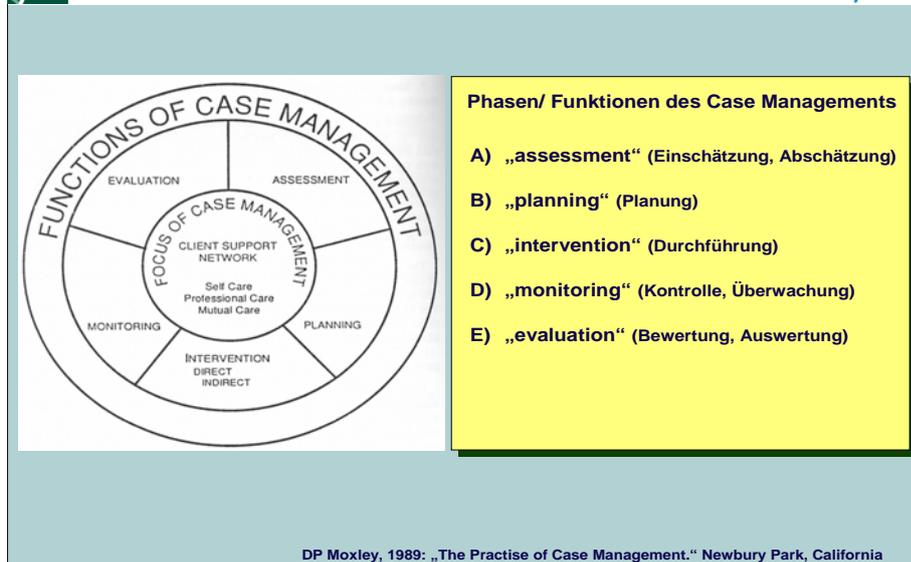


Abb. 8: Das 5-Phasenmodell von Moxley

Das Assessment, inhaltlich die komplexe Situationsanalyse zu biografischen, psychischen, sozialen, medizinischen Aspekten, wobei es nicht nur darum geht Problem und Hilfebedarf zu erfassen, sondern auch die Stärken, die Fähigkeiten und Ressourcen des Klienten. Nach der Situationsanalyse geht es darum die Probleme zu ordnen, Prioritäten zu setzen und schließlich auch die Ziele zu vereinbaren, wobei es dann häufig zu dem ersten von insgesamt drei Dilemmata im Case Management kommt, dass die Ziele des Klienten und die des Case Managers häufig nicht übereinstimmen (Abb. 9).

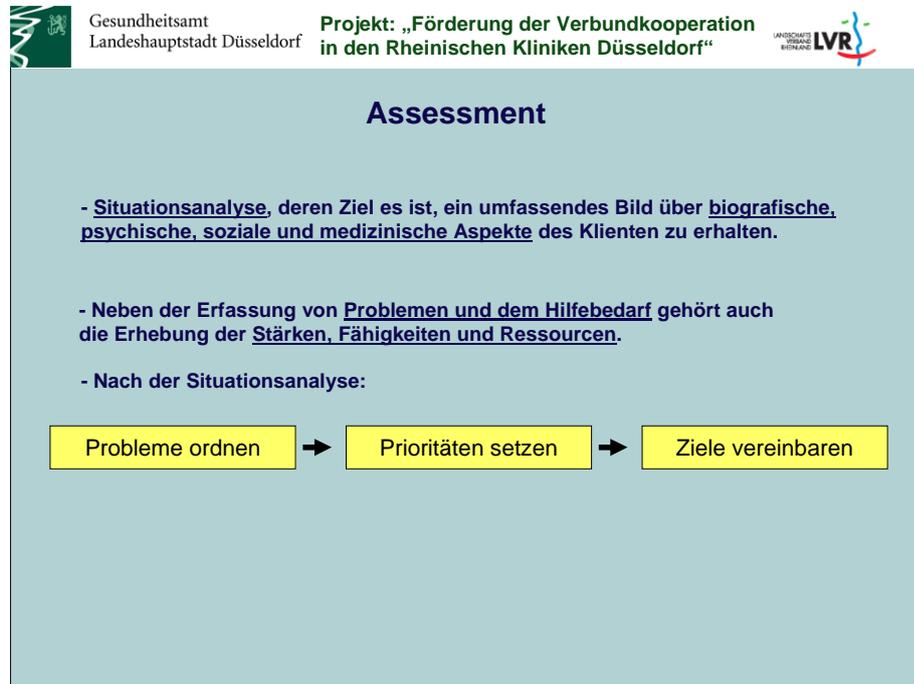


Abb. 9: Assessment

Wir haben einen allgemeinen Behandlungspfad entwickelt (Abb. 10 und 11). Einmal für Patienten aus der LVR-Klinik und dann Patienten der Komplementäreinrichtungen. Sie sehen hier anhand des Planes für die LVR-Klinik, dass der Patient vom Stations- oder vom Oberarzt empfohlen wird. Der Case Manager führt dann eine Projektinformation durch, holt die Einverständniserklärung ein, woraufhin dann gemeinsam mit dem Patienten und in Absprache mit dem ambulanten Nervenarzt und der Komplementäreinrichtung der individuelle Behandlungspfad entwickelt wird.

Wenn dann die Entlassung naht, - die entsprechenden Stellen werden vorher informiert - soll der Patient an das SPZ weiter geleitet werden. Wir können bereits absehen, dass dies momentan ein Problem ist. Die Patienten kommen nicht in dem Maße dort an wie wir uns das wünschen.

Es folgt eine regelmäßige Überprüfung der Einhaltung des individuellen Behandlungspfades und dessen Adäquanz. Wenn alles gut läuft wird der Plan beibehalten, wenn nicht dann erfolgt eine Rückmeldung an die entsprechenden involvierten Akteure, eine Ursachenklärung wird versucht und dann wird der individuelle Behandlungspfad bearbeitet. Analog sieht es für die Komplementäreinrichtung aus, wieder als zentraler Punkt das SPZ.

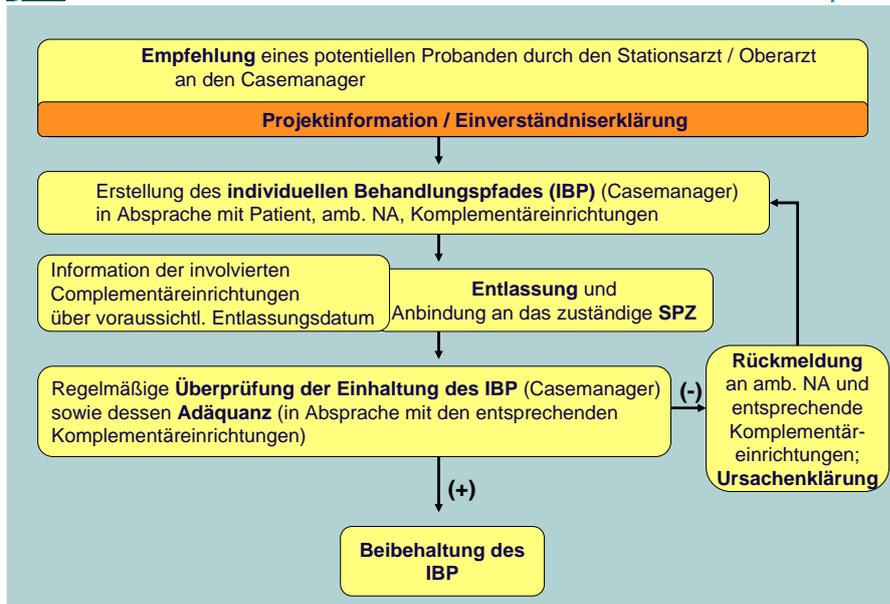


Abb. 10: Allgemeiner Behandlungspfad I

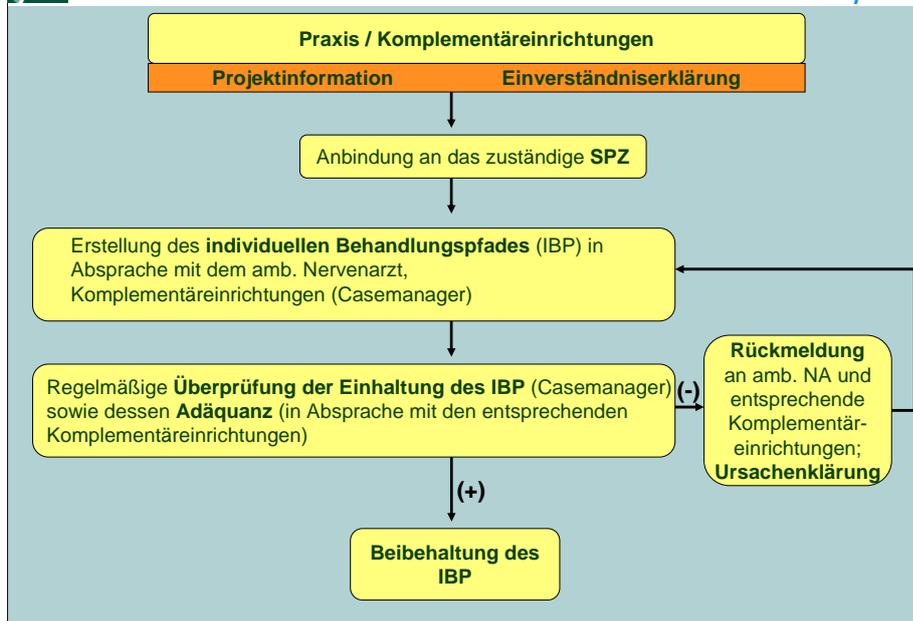


Abb. 11: Allgemeiner Behandlungspfad II

Das ist der individuelle Behandlungspfad (Abb. 12): Eine Patientin, die stationär war, die Entlassung wurde für den 29.10. geplant. Der ambulante Nervenarzt und der gesetzliche Betreuer wurden informiert. Es wurde ein ambulant-ärztlicher Termin vereinbart. Mit der Patientin wurde abgesprochen, dass sie regelmäßig, täglich, die Tagesstätte besucht, das tut sie auch. Es wurde mit ihr ein regelmäßiger Gesprächstermin mit dem Case Manager vereinbart - alle zwei Wochen - was gut klappt. Es wurde auch der wöchentliche Besuch der Frühstücksrunde im SPZ besprochen, das klappt noch nicht so gut. Sie sehen, es wird sukzessiv aufgeschrieben wie man den Plan gestaltet, wie zum Beispiel Dialoge zwischen Patientin, Case Manager und gesetzlichem Betreuer oder an einem anderen Termin mit dem ambulanten Nervenarzt.



Gesundheitsamt
Landeshauptstadt Düsseldorf

**Projekt: „Förderung der Verbundkooperation
in den Rheinischen Kliniken Düsseldorf“**



LANDSCHAFTS
VERBAND
RHEINLAND
LVR

**Förderung der Verbundkooperation
in den Rheinischen Kliniken Düsseldorf
- Individueller Behandlungspfad -**

Name: _____
Geb. am: _____
Wohnhaft: _____
Tel.: _____
Code: _____
Betreuer: _____ Tel.: _____
Kontaktperson: _____ Tel.: _____

Einbindung der Schweigepflicht für:

<input type="checkbox"/>	vor- und nachbehandelnde Ärzte (Name, Adresse, Tel.)
<input type="checkbox"/>	Kooperationspartner im sozialpsychiatrischen Dienst (Name, Adresse, Tel.)
<input type="checkbox"/>	Kooperationspartner der ambulanten Dienste (Name, Adresse, Tel.)
<input type="checkbox"/>	Berufspersonen (Name, Adresse, Tel.)
<input type="checkbox"/>	Sozialhilfsträger / Landschaftsverband
<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____

Datum: _____

-2-

Individueller Behandlungspfad	Bemerkung
1. Entlassung aus dem stat. Rahmen (nach Hause) ist geplant am 29.10.08. Amb. NA und ges. Betreuer werden vom Case-Manager über anstehende Entlassung informiert.	
2. Ambulantärztlicher Termin am 31.10.08.	
3. Täglicher Besuch der Tagesstätte (Tafelberg)	
4. Gesprächstermin mit Case-Manager alle 2 Wochen (in der Tagesstätte).	
5. Wöchentlicher Besuch der „Frühstücks-Runde“ im SPZ (donnerstags)	
6. Training (Pat. – CM – ges. Betr.) am 04.11.08.	
7. Training (Pat. – CM – amb. NA) am 24.11.08.	
8.	
9.	
10.	

Abb. 12: Individueller Behandlungspfad

Das ist das zweite Dilemma. Dadurch dass das Case Management von Hause aus rigide ist und aus Regeln besteht ist das für den Einzelfall für den einzelnen Patienten zu unflexibel. Hinsichtlich der Intervention orientieren wir uns an den Funktionen des Case Managers. Das sind die direkten Funktionen (Abb. 12). Er wirkt krisenintervenierend, beratend, unterstützend und auch motivierend hinsichtlich der Compliance und indirekt, die Überweisung der Klienten an die Dienste, die Koordination von Dienstleistungen, dann auch die beiden schwierigen Punkte: die Überprüfung und die Optimierung der vorhandenen Maßnahmen.

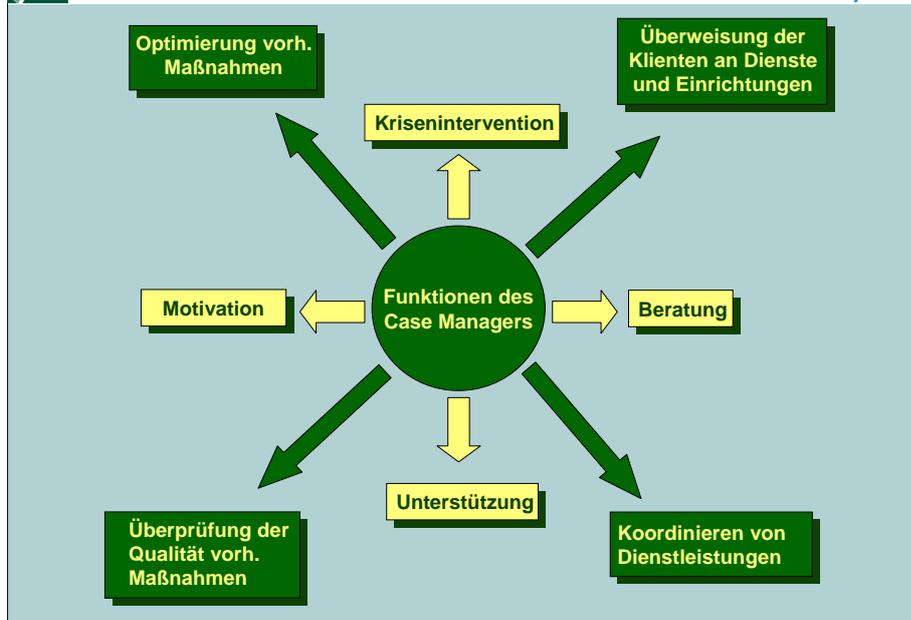


Abb. 12: Funktionen des Case Managers

Sie sehen nachfolgend (Abb. 13) eine Auflistung der eingeschlossenen Patienten links und auf dem hellen Feld sehen sie die entsprechenden Akteure für einen Klienten. Die untere Zeile beschreibt die Kontakte, die insgesamt bestehen für eine spezielle Einrichtung: Nervenärzte, Hausärzte, psychiatrische Institutsambulanz, Betreuer, Angehörige, Pflegedienst, BeWo, SPZ usw.

Pat.Code	m/w	ICD 10	Alter	stat. Auf-enth.	GAF	Kr.-Dauer	N A	H A	P I A	Betr.	Ange h.	P D	Be Wo	S P Z	Ges.-amt	SHT/ LVR	Hs .W -b.
VK-RKD-2	m	F20	27	14	30	5			X	X		X			X	X	5
VK-RKD-5	m	F90	27	0	55	0,5		X	X				X		X		X
VK-RKD-9	m	F20	52	2	45	9	X			X			X		X	X	4
VK-RKD-10	m	F20	29	13	50	5	X	X		X		X	X		X	X	7
VK-RKD-11	w	F20	37	12	40	10	X	X		X				X		X	5
VK-RKD-15	w	F20	42	5	60	10	X				X					X	3
VK-RKD-18	w	F20	29	7	35	8	X			X		X	X		X	X	6
VK-RKD-24	m	F25	44	19	30	16	X	X							X	X	4
VK-RKD-25	w	F25	49	26	45	20	X	X		X	X			X	X	X	7
VK-RKD-26	m	F25	46	26	25	4			X	X				X	X	X	5
VK-RKD-27	w	F20	28	4	45	1	X			X				X			3
VK-RKD-28	w	F20	32	2	40	12	X				X						2
VK-RKD-29	m	F20	45	6	25	7	X	X		X				X	X	X	6
VK-RKD-30	w	F20	39	2	50	5	X	X									2
VK-RKD-31	m	F20	36	2	50	1		X	X								2
VK-RKD-33	w	F25	58	8	35	6	X			X			X		X	X	5
							12	8	4	10	3	3	5	5	9	10	1

Abb. 13: Eingeschlossene Klientinnen und Akteure

Das Monitoring wirft bestimmte Fragen auf und ist ein kontinuierlicher Prozess. Wir stellen uns die Frage, ob sich die Situation des Klienten überhaupt verändert hat. Wir stellen uns die Frage, ob der individuelle Pfad eingehalten wird - nicht nur vom Klienten, sondern auch von den Akteuren - oder eventuell Hilfemaßnahmen erforderlich sind oder ob eventuell auch vereinbarte Ziele verfehlt werden. Dies macht dann häufig auch ein Re-Assessment erforderlich, auch zur Qualitätssicherung, wenn die Ergebnisse von den Akteuren und den Klienten unterschiedlich interpretiert werden, was das dritte und letzte Dilemma darstellt.

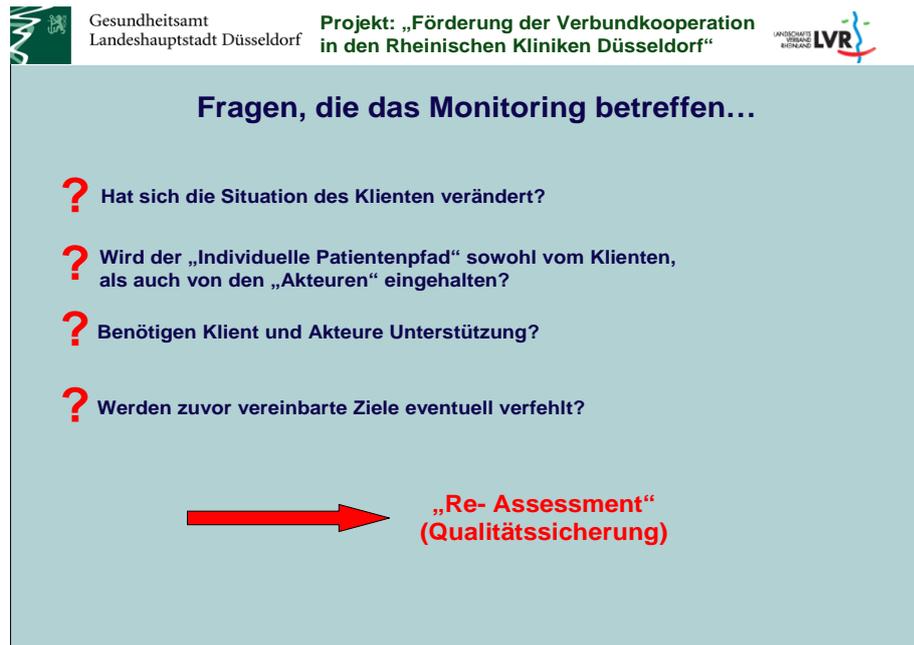


Abb. 14: Monitoring

Hinsichtlich der Evaluation werden wir uns fragen müssen, wie hoch der Aufwand zum Erreichten ist (Abb. 15): Wie viel Geld stecken wir rein, wie viel Zeit ist notwendig, also eine Inputevaluation. Inwieweit die Koordination der Kooperation im Verbund gelingt, wie der Prozess zu bewerten ist, die Prozessevaluation und ob die Ziele bezogen auf das Ergehen einer Person nach dieser Unterstützung auch erreicht wurden - was kommt raus. Diesbezüglich planen wir dann auch die Durchführung einer weiteren Selbstbewertung im Jahr 2009 wie auch zusätzlich noch Fragebögen ausfüllen zu lassen, nicht nur von den Probanden, sondern auch von den Behandlern und Versorgern.

Fragestellungen zur Evaluation

?, „Wie hoch ist der Aufwand im Bezug zum Erreichten (Geldmittel, Zeitaufwand, Anzahl der betreuten Klienten u.a.)?“

?, „Wieweit gelingt die Koordination der Kooperation im Verbund?“

?, „Wurden die Ziele, bezogen auf das Ergehen einer Person (Gruppe, Gemeinwesen) nach abgeschlossener Unterstützung erreicht?“

„input evaluation“

„Prozeßevaluation“

„outcome evaluation“

Abb. 15: Fragestellungen zur Evaluation

Landeshauptstadt Düsseldorf

Projekt: „Förderung der Verbundkooperation in den Rheinischen Kliniken Düsseldorf“
- Fragebogen für Probanden -

Code: _____

1.	Wie bewerten Sie Ihr jetziges seelisches Befinden? <input type="checkbox"/> Ausgesprochen - <input type="checkbox"/> Sehr gut - <input type="checkbox"/> Gut - <input type="checkbox"/> Weniger gut - <input type="checkbox"/> Schlecht
2.	Wie bewerten Sie den Verlauf Ihres seelischen Befindens während der vergangenen Monate? <input type="checkbox"/> Zunehmend verbessert - <input type="checkbox"/> Zunehmend verschlechtert - <input type="checkbox"/> Schwankend - <input type="checkbox"/> Stabil gut <input type="checkbox"/> Stabil schlecht
3.	Haben Sie sich durch das „Case Management“ in irgend einer Weise beeinträchtigt gefühlt? <input type="checkbox"/> Überhaupt nicht - <input type="checkbox"/> Etwas - <input type="checkbox"/> Mäßig - <input type="checkbox"/> Ganzlich - <input type="checkbox"/> Sehr
4.	Wie bewerten Sie Ihre Beziehung zu Ihrem „Case-Manager“? <input type="checkbox"/> Ausgesprochen - <input type="checkbox"/> Sehr gut - <input type="checkbox"/> Gut - <input type="checkbox"/> Weniger gut - <input type="checkbox"/> Schlecht
5.	Würden Sie das Case-Management weiter in Anspruch nehmen wollen? <input type="checkbox"/> Ja - <input type="checkbox"/> Nein

Haben Sie durch das Case-Management eine Verbesserung Ihrer ambulanten Versorgung erfahren?
5.a) Überhaupt nicht - Etwas - Mäßig - Ganzlich - Sehr

Was hat sich konkret verbessert, und was nicht?
5.b)

Landeshauptstadt Düsseldorf

Projekt: „Förderung der Verbundkooperation in den Rheinischen Kliniken Düsseldorf“
- Fragebogen für Behandler/Versorger -

Name: _____
Funktion: _____

1.	Wie bewerten Sie den Verlauf des seelischen Befindens Ihrer im Case-Management integrierten Patienten/Klienten während der vergangenen Monate? <input type="checkbox"/> Zunehmend verbessert - <input type="checkbox"/> Zunehmend verschlechtert - <input type="checkbox"/> Schwankend <input type="checkbox"/> Stabil gut - <input type="checkbox"/> Stabil schlecht
2.	Haben Sie sich in Ihrer Arbeit durch das „Case Management“ in irgend einer Weise beeinträchtigt gefühlt? <input type="checkbox"/> Überhaupt nicht - <input type="checkbox"/> Etwas - <input type="checkbox"/> Mäßig - <input type="checkbox"/> Ganzlich - <input type="checkbox"/> Sehr
3.	Wie bewerten Sie die Compliance Ihrer im Case-Management integrierten Patienten/Klienten während der vergangenen Monate? <input type="checkbox"/> Zunehmend verbessert - <input type="checkbox"/> Zunehmend verschlechtert - <input type="checkbox"/> Schwankend - <input type="checkbox"/> Stabil gut <input type="checkbox"/> Stabil schlecht
4.	Würden Sie das Case-Management weiter in Anspruch nehmen wollen? <input type="checkbox"/> Ja - <input type="checkbox"/> Nein

Haben Sie durch das Case-Management eine Verbesserung Ihrer Tätigkeiten bei der Versorgung Ihrer Patienten/Klienten erfahren?
5.a) Überhaupt nicht - Etwas - Mäßig - Ganzlich - Sehr

Kritik / Anregung
5.b)

Abb. 16: Fragebogen für Probanden, Behandler/Versorger

Wir können sagen, dass wir bis jetzt die Klientel ansprechen, die wir vorgestellt haben. Es sind deutlich kranke Patienten, was man am durchschnittlichen GAF sehen kann und auch Patienten, die relativ viele stationäre Aufenthalte hatten. Es sind Patienten die überwiegend allein lebend sind. Daher auch unsere Intention, die Klienten näher an das SPZ heranzuführen. Wenn wir einen Vergleich anstellen zwischen den ins Projekt eingeschlossenen Patienten und denen die abgelehnt haben, können wir sagen, dass wir keinen Selektionseffekt erkennen, was Alter, Krankheitsdauer und GAF betrifft. Man kann nicht sagen, dass die Patienten, die generell zu krank sind eingeschlossen werden oder gesünder sind (Abb. 17 und 18).

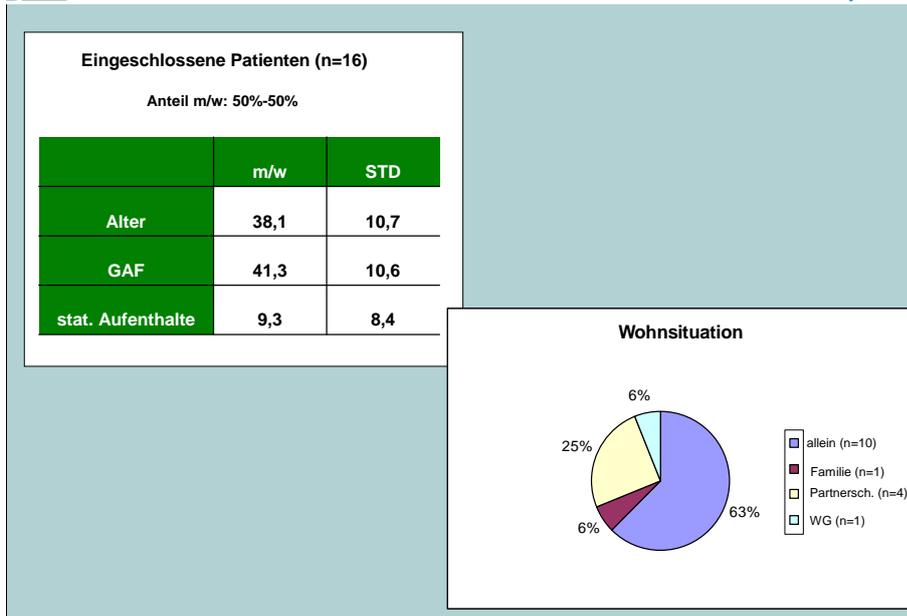


Abb. 17: Schwere der Erkrankung und Wohnsituation

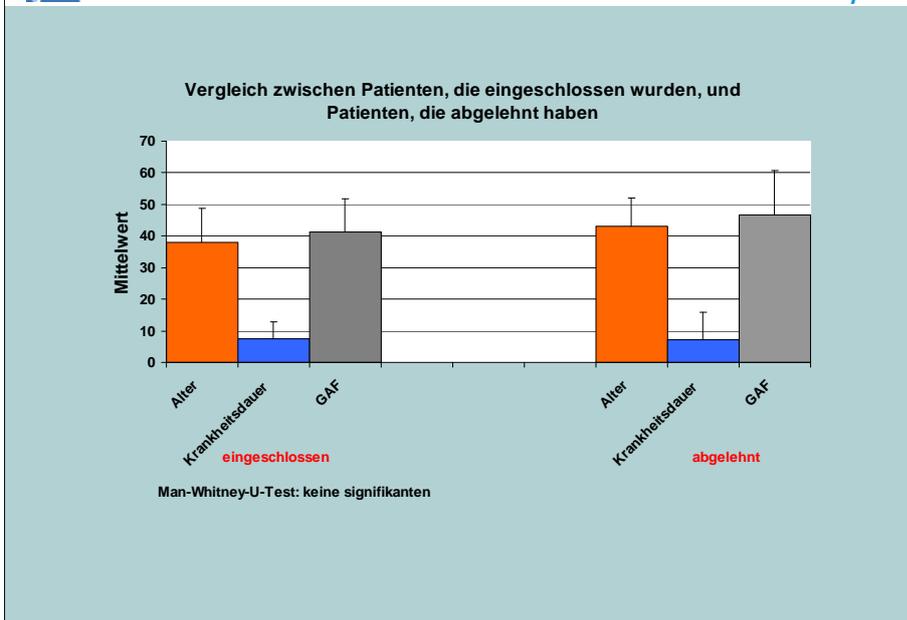


Abb. 18: Vergleich von eingeschlossenen und abgelehnten Klientinnen und Klienten

Verbundkooperation in der Modellregion Kleve

Katrin Geurts/Anne Wolffram

Zunächst zum formalen Rahmen des Projektes. Dazu gehörte zuallererst welche Mitglieder das Lenkungsgremium haben soll (Abb. 1):

LVR Qualität für Menschen

Projekt „Förderung von Verbundkooperation zwischen der LVR Klinik Bedburg-Hau und Papillon e.V. Kleve“

Papillon e.V.

Mitglieder des Lenkungsgremiums

-  Frau Dr. Brill (ärztliche Direktorin LVR Klinik Bedburg-Hau)
-  Frau Eckert (Oberärztin AP I LVR Klinik Bedburg-Hau)
-  Herr Röhl (Leitung Rehabereich LVR Klinik Bedburg-Hau)
-  Frau Dollbaum (Psychologin LVR Klinik Bedburg-Hau)
-  Frau Geurts (Projektbeauftragte LVR Klinik Bedburg-Hau)
-  Herr Wedekind (Geschäftsführer Papillon e.V.)
-  Frau Wolffram (Projektbeauftragte Papillon e.V.)

11.12.2008

Anne Wolffram
Tel.: 02831/974460
A.Wolffram@vereinpapillon.de

Katrin Geurts
02821/813163
Katrin.Geurts@lvr.de

Abb. 1: Lenkungsgremium

Ein nächster Schritt war für uns das Verfassen einer Geschäftsordnung: Anzahl der Sitzungen, Beschlussfähigkeit, Koordination usw.. In Anlehnung an NBQM wurde das Leitbild erstellt, welches die Kultur der Zusammenarbeit beschreibt, mit dem Ziel die einrichtungübergreifende Behandlungs- und Betreuungskontinuität sicherzustellen unter Wahrung der Autonomie der PatientInnen/KlientInnen.

LVR Qualität für Menschen

Projekt „Förderung von Verbundkooperation zwischen der LVR Klinik Bedburg-Hau und Papillon e.V. Kleve“

Papillon e.V.

Der formelle Rahmen unserer Arbeit:

- Definition der Mitglieder des Lenkungsgremiums
- Verfassen einer Geschäftsordnung
- Erstellung eines gemeinsamen Leitbildes

11.12.2008

Anne Wolffram
Tel.: 02831/974460
A.Wolffram@vereinpapillon.de

Katrin Geurts
02821/813163
Katrin.Geurts@lvr.de

Abb. 2: Formeller Projektrahmen

Zum Verlauf unseres Projektes: Wir haben uns von Beginn an regelmäßig getroffen und auszutauschen. Positiv ist zu vermerken, dass sich damit bereits die Informationswege verkürzt haben. Von Anfang an wichtig war uns, die MitarbeiterInnen mit einzubeziehen. Zum Start des Projektes sind wir in die Teams gegangen, haben dort das Projekt vorgestellt, haben erörtert, wo die Schnittstellen des Projektes sind. Welches sind die Wege der Auseinandersetzung. Wir haben anhand der Schnittstellenanalyse Fragebögen zu den Bereichen Klinikbegleitung, -aufnahme und -entlassung entwickelt. Zur Zeit läuft die Auswertung der Mitarbeiterbefragung.

Zu NBQM: Wir haben uns entschieden den NBQM-Kriterienkatalog an die Versorgungsregion des Kreises Kleve anzupassen, an die Situation unserer teilnehmenden Einrichtungen. Aber uns war auch wichtig, dass er erweiterbar ist auf eine größere Partnerschaft, also den Einbezug weiterer Einrichtungen.

The slide features the LVR logo (Qualität für Menschen) on the left and the Papillon e.V. logo on the right. The title is 'Projekt „Förderung von Verbundkooperation zwischen der LVR Klinik Bedburg-Hau und Papillon e.V. Kleve“'. The main content is a list of four project activities, each preceded by a blue arrowhead. The footer contains the date '11.12.2008' and contact information for Anne Wolfram and Katrin Geurts.

LVR
Qualität für Menschen

Projekt „Förderung von Verbundkooperation zwischen
der LVR Klinik Bedburg-Hau und Papillon e.V. Kleve“

Papillon e.V.

Der Verlauf unseres Projektes:

- aktive Zusammenarbeit der Projektbeauftragten
- Ermittlung und Optimierung gemeinsamer Interfaces
- Anpassung des NBQM- Kriterienkataloges auf die Region
- Selbstbewertung anhand des Kriterienkataloges

11.12.2008

Anne Wolfram
Tel.: 02831/974460
A.Wolfram@vereinpapillon.de

Katrin Geurts
02821/813163
Katrin.Geurts@lvr.de

Abb. 3: Projektverlauf

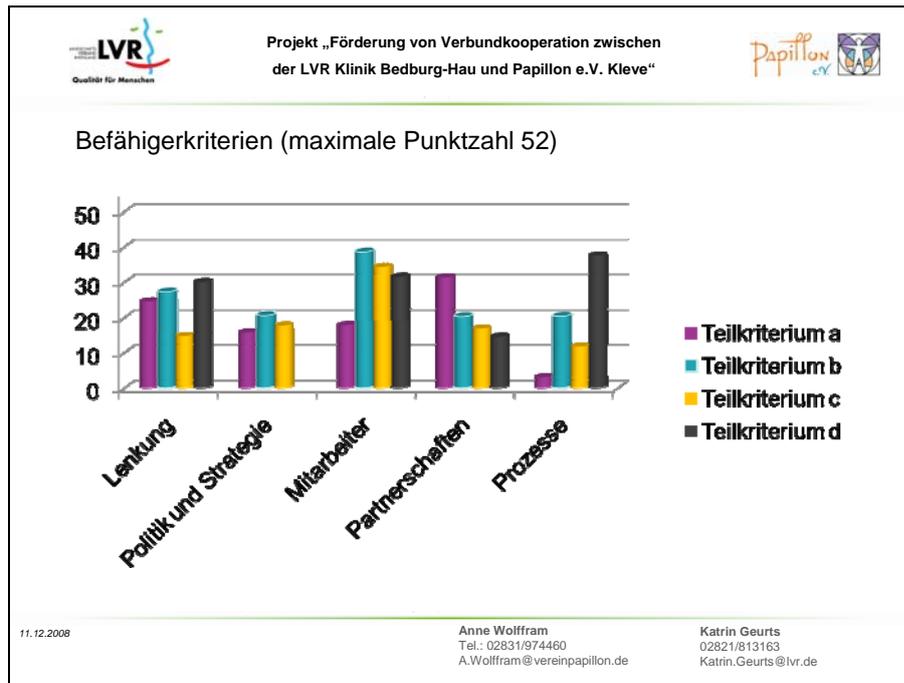


Abb. 4 Ergebnisse der Selbstbewertung I

Die Selbstbewertung anhand des Kriterienkataloges haben wir im Lenkungsgremium durchgeführt. Wir haben die Stärken und Verbesserungspotentiale identifiziert. Wir lagen teilweise weit auseinander, auch weil es unterschiedliche Wissensstände gab zu den regionalen Hilfeangeboten.

Verbesserungsbereiche (Abb. 4 und 5): In den Kriterien Politik & Strategie sowie Prozesse gibt es großes Verbesserungspotential, dies werden wir in unserer Priorisierungsrunde thematisieren. Uns ist bei der Selbstbewertung deutlich geworden, dass wir hier geeignete Leistungsindikatoren entwickeln müssen.

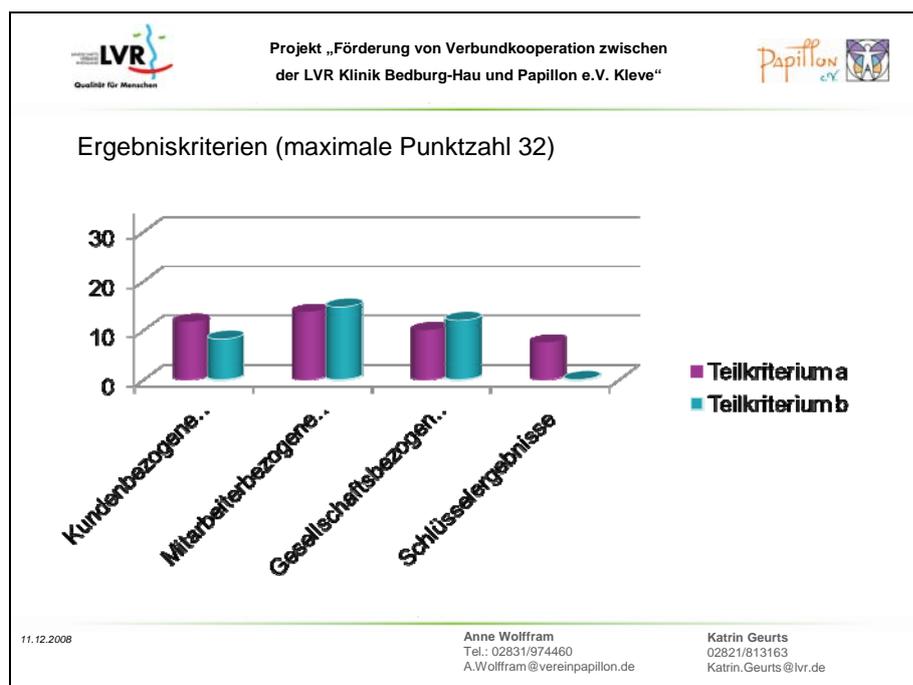


Abb. 5: Ergebnisse der Selbstbewertung II

Die Selbstbewertung ist nun abgeschlossen. Die Priorisierung ist noch nicht erfolgt. Erste Verbesserungsmaßnahmen sind: Wir haben einrichtungsübergreifende Arbeitsgruppen eingerichtet. Vertreten sind Klinik- und Papillon-Mitarbeiter. Eine erste Arbeitsgruppe wird sich mit dem Thema Patientenpfad beschäftigen, hier sollen auch die Ergebnisse der Fragebögen herangezogen werden. Wir wollen Standards entwickeln was bei der Klinikaufnahme, -begleitung und -entlassung von der jeweils anderen Einrichtung zu leisten ist.

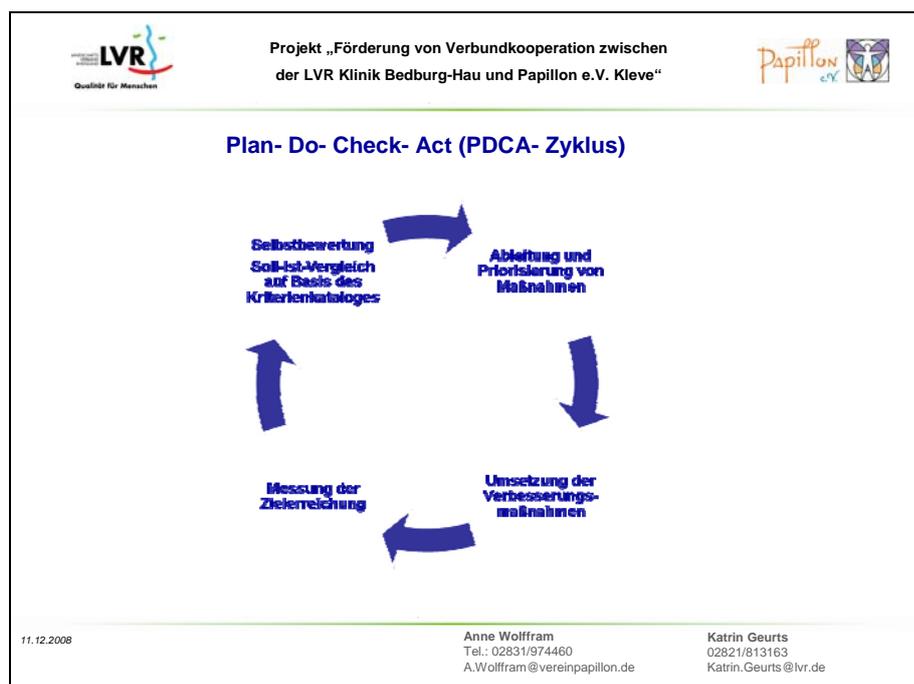
Eine weitere Arbeitsgruppe beschäftigt sich mit dem Thema „Klientenkritik“. Es sollen messbare Kriterien entwickelt werden, die den Klienten/Patienten die Möglichkeit geben konstruktive Kritik an der Zusammenarbeit der Einrichtungen zu äußern. Fragestellung: Welche Möglichkeit der Kritikäußerung kann geschaffen werden, wie kann damit umgegangen werden?

Eine dritte Arbeitsgruppe soll sich mit der Notfallbehandlung der Ambulanzen beschäftigen. Welche Standards können in der Zusammenarbeit Papillon mit den Ambulanzen der LVR-Klinik entwickelt werden, um in Krisensituationen adäquate Hilfestellungen zu bieten.

Ein weiteres Anliegen war uns die Verbesserung der Angebotstransparenz im Kreis. Wir haben uns überlegt, wer das machen könnte. Wir sind zu dem Entschluss gekommen, dass wir gerne Studenten der Hochschule Nimwegen für eine Mitarbeit gewinnen möchten. Wir haben dort einen Projektvorschlag eingereicht. Wir stellen uns vor, dass das möglicherweise in der Form eines Wegweisers, einer Broschüre, einer Homepage gestaltet werden kann, aber wir können bislang keine eindeutigen Aussagen treffen, eine Rückmeldung ist noch nicht erfolgt.

Letzter Punkt: Durch die Zusammenarbeit haben wir gemerkt, dass eine höhere Präsenz des Vereins Papillon in der Klinik sicherlich von Vorteil ist. Darüber werden wir im Lenkungsgremium zu sprechen haben.

Zurück zum PDCA-Zyklus. Wir werden uns in 2009 mit der Umsetzung der genannten Verbesserungsmaßnahmen beschäftigen, manche laufen ja schon. Die Zielerreichung werden wir überprüfen. Wir werden das Projekt mit einer 2. Selbstbewertung abschließen. Wir hoffen, dass die Kooperation über das Projektende hinaus weitergeführt wird.



Verbundkooperation in der Modellregion Mönchengladbach

Dr. Stephan Rinckens/Dieter Schax

Auf dem linken Bild (Abb. 1) ist die Klinik zu sehen: Alt- und Neubau. Der Altbau, mit den dunkelroten und gelben Gebäudeteilen, stammt aus dem späten 19. Jahrhundert, war damals das somatische Krankenhaus für die Stadt Rheydt und stand in den späten 60er Jahren leer. 1972 wurde darin das psychiatrische Krankenhaus als Ausgründung der Klinik Viersen eingerichtet, um eine gemeindenahe psychiatrische Versorgung für die Stadt Mönchengladbach aufzubauen. Damals gab es in der Stadt Mönchengladbach an psychiatrischer Versorgung einen Nervenarzt und einen Sozialarbeiter bei der Stadt.

In der Zeit der „Modellregionen“, in den 1970er Jahren ist dann sukzessiv der sozialpsychiatrische Bereich in der Stadt aufgebaut und - aus der Klinik heraus - der Reha-Verein für die komplementären Einrichtungen gegründet worden. An diese Tradition der personellen Kontinuität zwischen Klinik und Reha-Verein konnten wir für dieses Projekt anknüpfen. Auf dem rechten Bild daneben sehen sie eines der beiden sozialpsychiatrischen Zentren, im Stadtteil Eicken, das andere liegt im Süden der Stadt.



Abb. 1: LVR-Klinik und SPZ Mönchengladbach-Eicken

Als wir uns um die Teilnahme am Anreizprogramm „Förderung von Verbundkooperationen“ beworben haben, haben wir uns überlegt, wer gehört dazu. Klinik und Reha-Verein als Träger des Sozialpsychiatrischen Zentrums waren bereits benannt, dazu haben wir den Sozialpsychiatrischen Dienst der Stadt Mönchengladbach eingeladen. Wir hatten Anfang des Jahres eine Verbindungsarztstelle wieder einrichten und die Beziehung zur Stadt wieder enger knüpfen können. Das wollten wir für das Projekt nutzen. Der vierte Partner ist die in Gründung befindliche Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke - RPK Rheinland, die noch in abschließenden Verhandlungen mit den Kostenträgern steht (Abb. 2).

Die Projektpartner in Mönchengladbach

LVR-Klinik Mönchengladbach

Sozialpsychiatrischer Dienst
der Stadt Mönchengladbach

Verein für die Rehabilitation psychisch Kranker e.V.
Mönchengladbach

Niederrheinisches Institut für Rehabilitation
„RPK Rheinland“

Förderung von Verbundkooperation in Mönchengladbach

3

Abb. 2: Die Projektpartner

Wenn wir so an den Start gehen können, haben wir sozusagen alle Leistungsträger im Boot: Die Krankenversicherung über Klinik, Ambulanz und Tagesklinik, die Stadt mit der Zuwendungsfinanzierung und der Daseinsvorsorge über den Sozialpsychiatrischen Dienst und den Reha-Verein, den überörtlichen Sozialhilfeträger und die Rentenversicherung, das Arbeitsamt und die Krankenversicherung über die RPK, somit ein Leistungsträger überspannender Verbund.

Die Lenkungsgruppe des Projektes

- Dr. Stephan Rinckens - Regionale Projektleitung und ärztlicher Direktor der LVR-Klinik Mönchengladbach
- Jochen Möller - Plegedirektor der LVR-Klinik Mönchengladbach
- Dr. Stefan Gros-Breuer - Abteilungsleiter im Gesundheitsamt der Stadt Mönchengladbach (Sozialpsychiatrischer Dienst)
- Dieter Schax - Geschäftsführer des RehaVereins
- Bernd Woltmann-Zingsheim - Projektleiter des Niederrheinischen Instituts für Rehabilitation (RPK Rheinland)
- Tobias Kremer - QMB des RehaVereins

Förderung von Verbundkooperation in Mönchengladbach

4

Abb. 3: Mitglieder der Lenkungsgruppe

Mitglieder der Lenkungsgruppe sind: Herr Dr. Gros-Breuer, Leiter des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Stadt, Herr Kremer, Qualitätsmanagementbeauftragter des Reha-Vereins, Herr Möller, Pflegedirektor der LVR-Klinik, Herr Dr. Rinckens, Ärztlicher Direktor der LVR-Klinik und Herr Woltmann-Zingsheim, Geschäftsführer der RPK Rheinland in Gründung, (Abb. 3).

Wir haben angefangen in der Lenkungsgruppe mit der Überlegung, was wollen wir aufbauen, zu was wollen wir uns verpflichten in unserem gemeinsamen Leitbild und sind zu folgenden Ergebnissen gekommen (Abb. 4):

Das Leitbild für die Verbundkooperation

- Sozialpsychiatrische Grundhaltung
- Öffentlichkeitsarbeit
- Pflichtversorgung
- Transparenz
- Koordinierende Bezugsperson
- Nachhaltigkeit
- NBQM

Förderung von Verbundkooperation in Mönchengladbach 5

Abb. 4: Leitbild der Verbundkooperation

Unter der sozialpsychiatrischen Grundhaltung verstehen wir eine Haltung, die sich an den Bedürfnissen, an den Interessen der Menschen orientiert, vor allen Dingen aber auch die Bedeutung des Sozialen ausdrücklich berücksichtigt, sowohl für die Entstehung von Erkrankung als auch für die Heilungskräfte, für die Gestaltungskräfte oder dafür den Weg in ein Leben zu finden. Sozial heißt danach nicht: für die Armen, für die Schwachen, sondern heißt, uns als soziale Wesen zu verstehen, soziale Bezüge im Gesunden wie im Kranken in besonderer Weise zu berücksichtigen.

Öffentlichkeitsarbeit ist uns ein wichtiges Anliegen, gemeinsam „Lobbyarbeit“ für psychisch Kranke und für die Kooperationspartner zu betreiben.

Pflichtversorgung ist hier nicht gemeint als Pflichtversorgung im Rahmen der PsychKG-Gebietsaufteilung, im Rahmen des Psychatrieplans des Landes, sondern in dem Sinne, dass ein Mönchengladbacher in Mönchengladbach ein ihm angemessenes Hilfeangebot finden soll und nicht aus Gründen der Art, Schwere und Dauer einer Erkrankung woandershin ausweichen muss, was gegenwärtig noch der Fall ist. Dessen soll sich der Verbund als Problem bewusst sein: Was müssen wir tun, damit der- oder diejenige wieder in die Stadt zurückkehren kann.

Die Transparenz herstellen. Transparenz der Haltung, der Wege, der Prozesse zwischen den Hilfen, Prozesse klar beschreiben, Schnittstellen beschreiben, um sie pflegen zu können. Das betrifft auch die koordinierende Bezugsperson.

Zur Nachhaltigkeit: Die Verbundkooperation soll nicht mit der Projektdauer in 24 Monaten enden, sondern weitergehen.

NBQM schließlich ist die Hintergrundfolie, um den Prozess zu beschreiben. Wir finden, dass ein Vorgehen im Zyklus zu denken, sich zu bewerten, Maßnahmen abzuleiten, durchzuführen, wieder zu bewerten vernünftig ist für einen Verbundprozess, so wächst etwas.

Zum Zeitplan (Abb. 5): Wir haben im Lenkungsgremium zunächst an der Leitbildentwicklung gearbeitet und dann im September 2008 einen Workshop veranstaltet: Wir haben Herrn Deter, Psychiatriekoordinator in Berlin-Reinickendorf und Herrn Rosemann, Geschäftsführer des Vereins Träger e.V., ebenfalls in Reinickendorf, eingeladen und gebeten, den Workshop mit 45 teilnehmenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der kooperierenden Einrichtungen zu moderieren. Wir haben für den Projektstart die Form des Workshops gewählt, weil wir mit dem Projekt nur erfolgreich sein können, wenn es uns gelingt die Beschäftigten der beteiligten Partner ins Boot zu bekommen, andernfalls werden wir bestimmte Effekte nur auf der Leitungsebene haben, ohne dass Verbundkooperation gelebt wird. In diesem Kreis haben wir den Leitbildentwurf vorgestellt. Im Rahmen des Workshops sind dann die Arbeitsgruppen zur Selbstbewertung in den Kriterien Mitarbeiter, Partner und Prozesse gebildet worden (Abb. 6).

Wenn sie den Zeitstrahl betrachten: Wir hatten uns NBQM als Folie hinterlegt, als Struktur für die Umsetzung unserer Vorhaben. Wir haben die Selbstbewertung nun am Ende des Quartals absolviert und sind nun im Lenkungsgremium dabei die Verbesserungsbereiche aus den Bewertungsergebnissen zu identifizieren und auf die Umsetzbarkeit von Maßnahmen zu überprüfen.

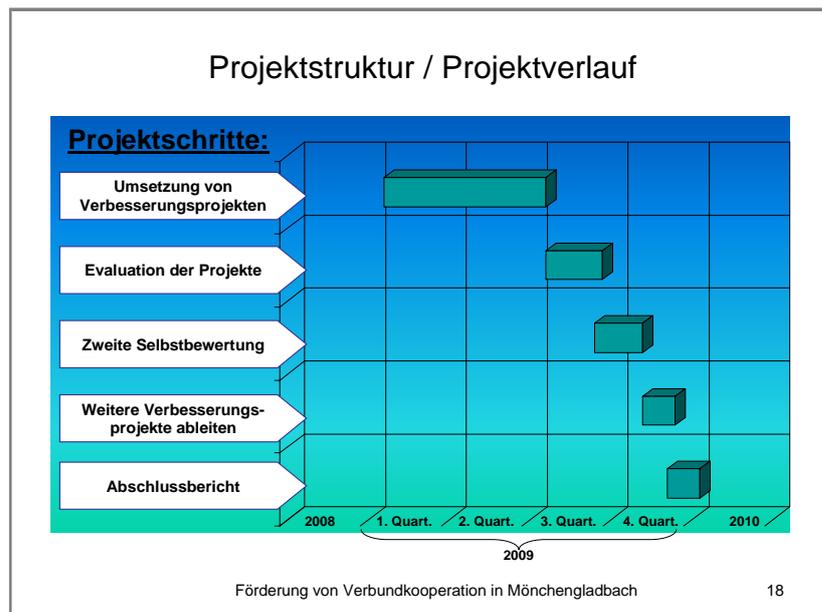


Abb. 5: Zeitplan

Zu den Verbesserungsmaßnahmen: Wir planen die Durchführung von 4 Abendveranstaltungen jährlich für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Kooperationspartner und niedergelassene Ärzte in der Klinik - „Verbund unplugged“ - mit Gesprächen und Beiträgen zu Fragen des Verbundes und der psychiatrischen Versorgung in Mönchengladbach. Dies ist auch eine wichtige Erfahrung aus dem Workshop, dass man zu der Stimme am Telefon nun auch das Gesicht kennt. Wir müssen aufpassen, dass die historisch gewachsene Kontinuität der Beziehungen, der Kommunikation, in Mönchengladbach gesichert wird, dazu kann eine solche Veranstaltung beitragen.

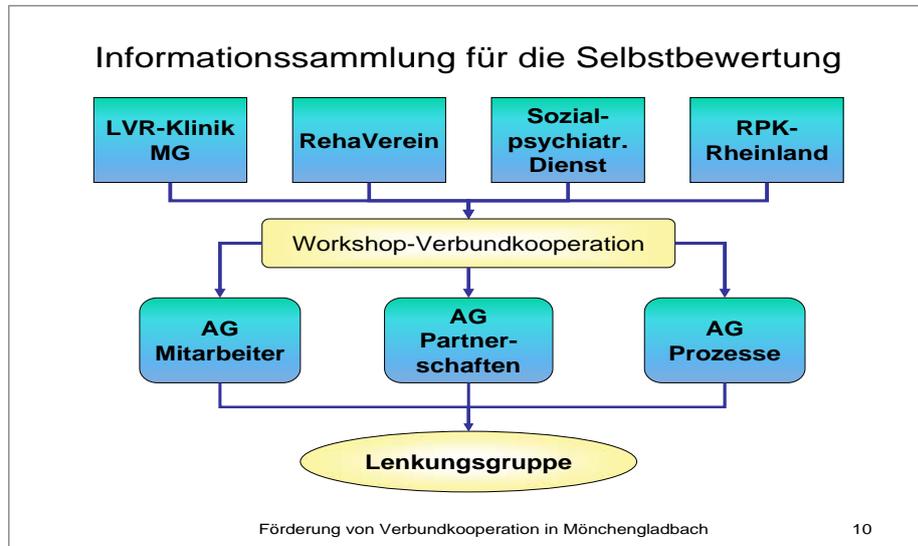


Abb. 6: Vorbereitung der Selbstbewertung

Seit ca. 3 Jahren besteht ein trägerübergreifender Arbeitskreis zum Thema Kinder psychisch kranker Eltern. Beteiligt sind die Psychiatriekoordination, die LVR-Klinik, der Reha-Verein, der Kinderschutzbund, das Jugendamt usw..

Wir sind nun an dem Punkt im Verbund ein Angebot zu entwickeln: Es gibt aus der psychiatrischen Versorgung heraus Anbieter der Eingliederungshilfe, die Komplexangebote für Kinder psychisch kranker Eltern machen - so als erster Schritt ist daran gedacht sich mit dem in anderen Regionen bereits modellhaft erprobten Konzept „STEP Duo“² auseinanderzusetzen und dann eine Umsetzung gemeinsam zu planen und zu realisieren.

Ein gemeinsames Fortbildungsprogramm ist für uns sehr wichtig. Vertrauensvolle Zusammenarbeit ist eine Bedingung erfolgreicher Kooperation. Vertrauen muss sich gründen auf gemeinsamen Erfahrungen und die entstehen beim gemeinsamen Lernen und Arbeiten, deswegen soll ein gemeinsames Fortbildungsprogramm, das die Mitarbeiterinnen bei der Selbstbewertung als vordringlich identifiziert haben bei der Umsetzung im kommenden Jahr eine hohe Priorität haben.

Das Thema Wohnverbund setzt an dem Problem an, dass es immer noch viele Menschen in Mönchengladbach gibt, die nicht in der Stadt versorgt werden können, weil wir nicht die passenden Angebote haben. Als Beispiel ein Entlassungsszenario in der Klinik: Ein Patient kann nicht nach Hause entlassen werden, ambulant geht nicht, ein stationärer Rahmen ist erforderlich, die Anzahl der Wohnheimplätze in den bekannten Wohnheimen ist übersichtlich, man weiß, dass man noch ein ganzes Jahr auf einen Platz warten müsste, also schaut man ins Hinterland: Gangelt, Geilenkirchen, Kaltenkirchen, Kreis Viersen, holländische Grenze und dann ist der Patient weg. Eine veränderte Struktur bedeutet demgegenüber, dass wir in der Hilfeplankonferenz gemeinsam überlegen, was braucht der Mensch tatsächlich für ein Versorgungsangebot, ist das wirklich der klassisch stationäre Platz. Hier kann der Verbund einen wesentlichen Beitrag leisten.

² „STEP Duo“ ist ein Angebot für psychisch erkrankte Eltern mit ihren Helfern. Es gliedert sich in 4 Phasen: Persönliches Informationsgespräch, 10wöchiges Training, Einzelreflexion, Elterntreff. Das Konzept wurde von der Diplom-Sozialpädagogin Yvonne Lamers entwickelt. „STEP Duo“ ist als Leistung der Eingliederungshilfe vom Landschaftsverband Rheinland anerkannt.

Gemeinsame Internetplattform, gemeinsame Flyer. Wir wollen in einem ersten Schritt die Flyer der Partner aufeinander abstimmen und so verteilen, dass der Verbund überall auftritt. Die gemeinsame Internetplattform ist die Präsentationsfläche des Verbundes. Hier geht es auch um die Abbildung der Hilfsangebote in der Region.

Im Rahmen des Workshops haben wir die Selbstbewertung auf den Weg gebracht und mit den Moderatoren das Thema Gemeindepsychiatrischer Verbund intensiv diskutiert. Wir sind übereingekommen, dass wir, im Rahmen eines Gegenbesuches in Berlin, vor Ort weitere Erkenntnisse zum Konzept und zur realen gemeindepsychiatrischen Verbundentwicklung gewinnen wollen.

Wir wollen RPK als gemeinsames Projekt angehen, sobald die RPK Rheinland an den Start geht. Wir wollen von vornherein Angebotsüberschneidungen vermeiden. Wir sehen die Wettbewerbssituation nicht als Problem an, wenn man sie kooperativ gestaltet.

Ein weiteres wichtiges Thema ist die ambulante psychiatrische Pflege. Hier ist ein Beispiel für den eingangs von Herrn van Brederode beschriebenen Spalt zwischen Eingliederungshilfeleistungen und SGB V-Leistungen. Wir sind hier an der Stelle, wo wir ihn schließen könnten. Ich habe in anderen Zusammenhängen bereits darauf hingewiesen, dass ich es unverantwortlich finde, was die Krankenkassen in diesem Bereich machen. Die ambulante psychiatrische Pflege ist sehr schlecht bezahlt und das gesetzlich verankerte Instrument Soziotherapie wird überhaupt nicht genutzt. Wenn man hier ansetzen will, muss man eine Unterscheidung treffen können: was ist eine BeWo-Leistung, was ist eine ambulante psychiatrische Pflegeleistung, was ist Soziotherapie. Dies wäre vernünftig darzustellen, dies kann der Verbund durchaus leisten.

Verbesserungsprojekte

- „Verbund unplugged“
- Kinder psychisch kranker Eltern
- Gemeinsames Fortbildungsprogramm
- Wohnverbund
- Gemeinsame Internetplattform / gemeinsamer Flyer
- Gemeinsame Exkursion / Besuch eines GPV
- RPK in Gründung
- BeWo / Ambulante Psychiatrische Pflege

Förderung von Verbundkooperation in Mönchengladbach

14

Abb. 7: Verbesserungsmaßnahmen in Mönchengladbach

Das Projekt endet in Mönchengladbach Ende 2009. Wir hoffen, dass wir bis dahin die Nachhaltigkeit gesichert haben, dass die Verbundkooperation weiterentwickelt wird und geöffnet werden kann für weitere Partner und dann eine geeignete vertragliche Basis geschaffen werden kann.

Referentinnen und Referenten:

Michael van Brederode	Leiter des LVR-Amtes für Planung und Förderung, Köln
Katrin Geurts	Sozialarbeiterin in der LVR-Klinik Bedburg-Hau
Nils Greve	Vorsitzender des Psychosozialen Trägervereins e.V. Solingen und Mitglied im Vorstand der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände (BAG GPV)
Bernd Jäger	Projektmitarbeiter im LVR-Amt für Planung und Förderung, Köln
Dr. Stephan Rinckens	Ärztlicher Direktor der LVR-Klinik Mönchengladbach
Dieter Schax	Geschäftsführer des Vereins für die Rehabilitation psychisch Kranker e.V., Mönchengladbach
Andreas Speck	Psychiatriekoordinator der Stadt Düsseldorf
Anne Wolffram	Sozialarbeiterin bei Papillon e.V. - Verein für sozialtherapeutische Angebote und Beratung, Kleve
Dr. Richard Zemlicka	Arzt in der LVR-Klinik Düsseldorf